REVUE DES JOURNAUX

REVUE FRANÇAISE DE PÉDIATRIE
(*Strasbourg*)

P. Woringer (Strasbourg). ***Les résultats du traitement de la pleurésie purulente par l'optochine*** (*Revue française de Pédiatrie*, tome V, n° 1, Février 1929). — Nous avons publié récemment (*La Presse Médicale* du 27 Novembre 1929, n° 95 [Revue des Journaux, p. 186]), l'analyse d'un mémoire d'Ehinger (de Chavornay) sur l'emploi de l'*optochine basique* en thérapeutique. Rappelons que l'optochine est un dérivé de la quinine qui a été employé surtout pour combattre les affections pleuro-pulmonaires ayant le pneumocoque comme agent pathogène. Nous croyons devoir signaler aujourd'hui les résultats obtenus avec le *chlorhydrate d'optochine* par W. dans 36 cas de pleurésie purulente à pneumocoques observées chez des enfants.

La technique employée dans ces cas a toujours été la suivante. On retire par ponction autant de pus que possible et on injecte 25 milligr. de chlorhydrate d'optochine (1/2 cmc de la la solution à 5 pour 100) par kilogr. de poids de l'enfant, sans dépasser toutefois la dose de 0 gr. 50 (10 cmc). On peut faire précéder l'introduction de cette solution forte d'optochine (à 5 pour 100) d'un lavage de la plèvre à l'aide d'une solution faible à 1/2 pour 100. L'intervention est répétée trois ou quatre fois de suite à un ou deux jours d'intervalle, puis on s'arrête. Souvent la température devient alors normale et l'état de l'enfant va en s'améliorant; dans ce cas, on attend tranquillement la résorption spontanée du reste de l'épanchement. Si, au contraire, la fièvre se rallume, on pratique une deuxième série d'injections d'optochine et même une troisième et une quatrième, si l'état le demande. Jamais, avec les doses indiquées ci-dessus, W. n'a observé les moindres accidents d'intoxication (troubles oculaires).

Sur les 36 enfants ainsi traités, 24 sont rentrés chez eux complètement guéris sans avoir subi aucun autre traitement. 5 ont été opérés secondairement, après que le succès du traitement à l'optochine s'était fait attendre; ils se sont également bien rétablis. Un enfant avec pleurésie à staphylocoques ne s'est remis qu'à la suite de nombreuses ponctions évacuatrices, de sorte que le résultat n'est vraisemblablement pas à attribuer à l'optochine injectée. Enfin 6 enfants sont morts au cours du traitement : la mortalité globale a donc été de 16,7 pour 100. Si l'on ne veut considérer comme succès de la méthode que les 24 cas guéris uniquement par les injections, on arrive à une proportion de 66,7 pour 100 de guérisons par ce procédé. Mais même les sujets opérés secondairement ont indubitablement tiré grand bénéfice des injections faites avant l'opération, de sorte que ces cas méritent également d'être mis à l'actif de la méthode.

W. conclut :

La méthode de traitement de la pleurésie purulente à pneumocoques par l'optochine a fait ses preuves chez l'enfant; ses résultats sont supérieurs à ceux obtenus par tous les autres procédés actuellement en usage. Elle représente avant tout le procédé de choix pour les deux premières années de la vie : à cet âge, elle a donné une mortalité de 33 pour 100, tandis que toutes les autres statistiques indiquent des taux qui varient entre 50 et 80 pour 100.

Dans les cas favorables, le contenu de la plèvre est rendu aseptique par les premières injections et se résorbe ensuite progressivement. Dès la stérilisation du pus, la fièvre tombe et l'état général s'améliore rapidement. Le rétablissement anatomique et fonctionnel est parfait. Certains cas sont plus lents à se remettre et nécessitent un grand nombre d'injections. Ce retard dans l'effet du médicament peut être dû soit à un cloisonnement du pus en plusieurs compartiments, soit à l'existence de gros dépôts fibrineux, soit à des rechutes de l'infection pleurale.

L'action du médicament est toujours uniquement locale; aussi est-il indispensable d'atteindre directement tous les foyers de l'infection.

L'optochine n'agit que sur le pneumocoque, elle est sans effet sur d'autres germes qui peuvent lui être associés.

Les cas d'infection pneumococcique pure où la stérilisation du pus et la défervescence ne peuvent être obtenues par l'optochine sont extrêmement rares; mais, même chez ces sujets réfractaires, l'optochinothérapie rend des services en refroidissant l'infection et en préparant le malade à l'opération.

Les échecs du traitement sont dus soit à une broncho pneumonie concomitante, soit à des localisations extra-pleuropulmonaires (péricardite, méningite, péritonite), soit à des infections par d'autres germes.

L'optochine injectée dans la plèvre malade est dénuée d'effet nocif sur l'organisme; même des quantités correspondant au double de la dose habituellement employée sont bien supportées.

Les grands lavages de la plèvre avec une solution diluée d'optochine sont le plus souvent inutiles, ils peuvent être parfois dangereux.

J. Dumont.

PARIS MÉDICAL

L. Binet et P. Brocq (Paris). ***La lactescence du sérum sanguin au cours de la pancréatite hémorragique*** (*Paris médical*, tome XIX, n° 20, 18 Mai 1929). — Le diagnostic de la pancréatite aiguë hémorragique reste, en pratique, singulièrement délicat. Aussi nous semble-t-il intéressant de rapporter ici les constatations faites par B. et B. chez 12 chiens porteurs d'une pancréatite aiguë hémorragique expérimentale.

Chez ces animaux, ils ont pu individualiser un syndrome humoral dont l'élément primordial consiste en un *aspect lactescent du sérum* se traduisant chimiquement par une *élévation des graisses totales du sang* et une *augmentation du taux de la cholestérine* (jusqu'à 6 gr. et 8 gr. par litre).

De ces faits expérimentaux, ils rapprochent une intéressante observation clinique de pancréatite hémorragique, rapportée par J. Leveuf et P. Hillemand. Il s'agissait d'un cas suraigu, à évolution rapidement mortelle; or ou a pu doser des chiffres énormes de graisses totales et de cholestérine dans le sérum sanguin de ce malade (graisses et lipoïdes totaux : 28 gr. 80; cholestérine. 6 gr. 04 par litre).

L'*aspect lactescent d'un sérum* au cours d'un syndrome abdominal aigu — en dehors de toute période digestive et en dehors de tout processus infectieux — semble donc un élément capable d'aider au diagnostic de la pancréatite hémorragique.

J. Dumont.

LE JOURNAL DE MÉDECINE DE LYON

J. Gaté, J. Dechaume et H. Gardère. ***La granulie pulmonaire syphilitique*** (*Journal de Médecine de Lyon*, tome X, n° 235, 20 Octobre 1929). — G., D. et G. apportent une observation anatomo-clinique de granulie pulmonaire syphilitique, forme très rare de syphilis pulmonaire dont il n'existe jusqu'à ce jour que 2 observations complètes.

Elle a été observée à une période avancée de la syphilis acquise, mais pourrait dépendre de la syphilis héréditaire.

Il ne s'agit pas d'une forme de début de la syphilis pulmonaire, elle se voit sur des poumons atteints de lésions scléro-gommeuses diffuses et de dilatation bronchique et paraît être l'aboutissant d'une longue évolution de la syphilis du poumon.

Son aspect clinique et même anatomique simule la granulie tuberculeuse. Chez un malade bronchitique, que l'on soupçonne de tuberculose fibreuse et de dilatation des bronches, parfois ayant présenté des hémoptysies, mais chez lequel on n'a jamais trouvé le bacille de Koch dans l'expectoration, on observe des troubles respiratoires paroxystiques, avec fièvre et dyspnée, rappelant la granulie suffocante avec expectoration banale, peu abondante et contenant peu de microbes. Dans d'autres cas, on observe des phénomènes de congestion pulmonaire. L'évolution est marquée par l'augmentation progressive des troubles asphyxiques et de la cyanose. La mort survient en 8 à 10 jours par asphyxie. Cependant, Favre et Contamin ont vu, sous l'influence du traitement spécifique, la dyspnée s'améliorer rapidement, la température redevenir normale, avec seulement persistance d'un foyer de râles fixe à la base.

Le diagnostic se pose surtout avec la granulie tuberculeuse ou l'asystolie pulmonaire.

Anatomiquement, de nombreuses gommules miliaires sont disséminées dans les poumons, simulant par leur taille la granulation tuberculeuse, mais d'autres lésions montrent l'existence d'une syphilis pulmonaire ancienne, sclérose envahissante, contenant des gommes blanchâtres et crayeuses et des petites cavités alvéolaires à paroi lisse, de dilatation bronchique. Ailleurs, le parenchyme pulmonaire est en état de congestion ou d'œdème alvéolaire.

Ces phénomènes de congestion diffuse qui expliquent la cyanose sont-ils d'origine circulatoire et cardiaque? Peut-on invoquer une infection surajoutée, un œdème pneumococcique? G., D. et G. pensent que la syphilis elle-même peut réaliser sans infection secondaire ces états congestifs au cours de poussées évolutives.

Si l'on admet que les accidents paroxystiques de la granulie syphilitique constituent une poussée diffuse de syphilis pulmonaire, il faut mettre en jeu un traitement spécifique énergique.

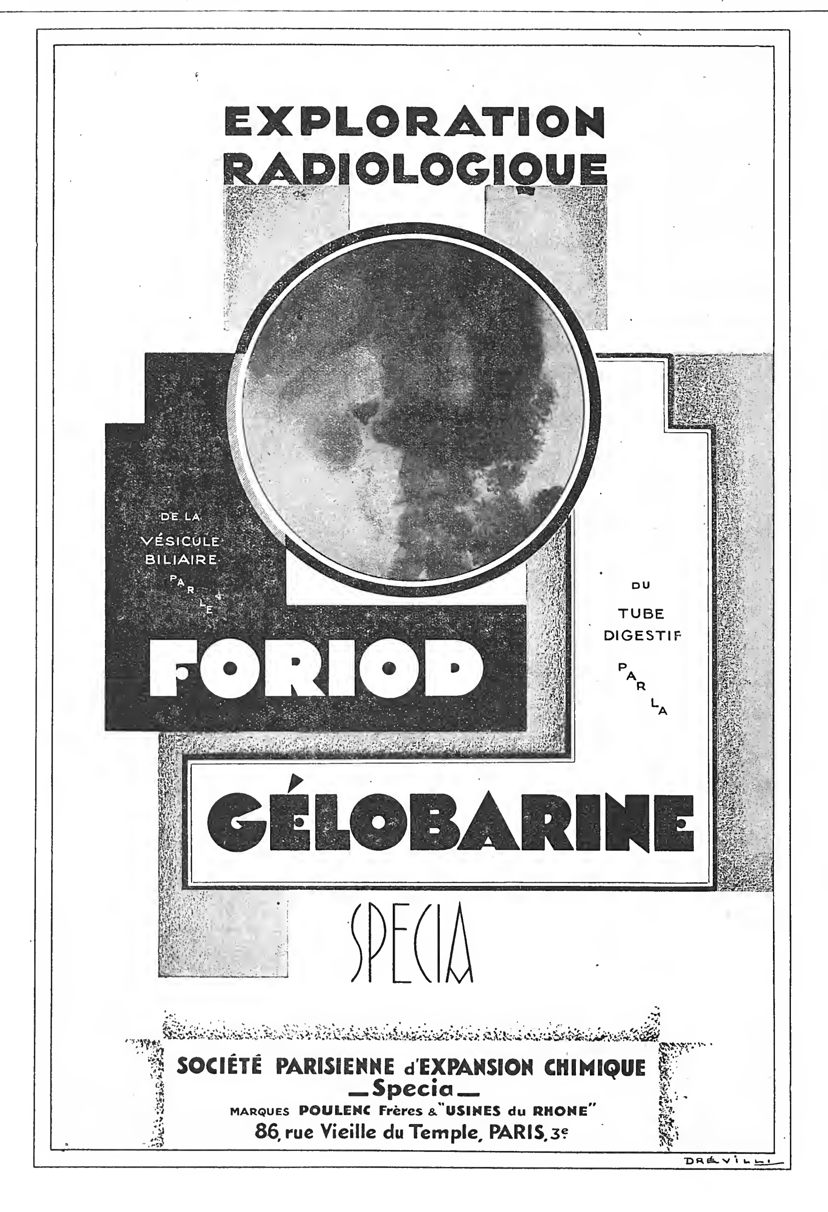
Robert Clément.

GAZETTE HEBDOMADAIRE des SCIENCES MÉDICALES DE BORDEAUX

M. Charbonnel et L. Massé (Bordeaux). ***L'artériographie des membres avec l'iodure de sodium; sa place parmi les méthodes d'exploration de la perméabilité artérielle et artériolaire au cours des gangrènes*** (*Gazette hebdomadaire des Sciences médicales de Bordeaux*, tome L, n° 45, 10 Novembre 1929). — C. et M. ont rassemblé 18 cas publiés jusqu'à ce jour, d'artériographies des membres pratiquées avec l'iodure de sodium pour artérites et gangrènes sèches. L'étude de ces 18 cas, dont ils donnent les observations résumées et dont 6 leurs sont personnels, leur permet de formuler les conclusions suivantes relativement à la valeur diagnostique de cette méthode :

a) Pratiquée avec la solution d'iodure de sodium à 25 pour 100, chimiquement pur et fraîchement préparée, l'injection étant rapidement poussée et la radiographie instantanée faite en même temps qu'on injecte, sans arrêt de la circulation, et en faisant simplement comprimer l'artère par un aide, de manière à ralentir un peu le cours du sang, enfin sous anesthésie locale pour la dénudation de l'artère, — technique minima qui met au maximum à l'abri de tout incident, — *l'artériographie, malgré cela, ne sera jamais aussi pratiquée* que les autres méthodes d'exploration dans les gangrènes et artérites : et c'est probablement ce qui fera qu'elle sera toujours moins employée (tout en notant qu'elle n'est peut-être pas plus dangereuse qu'un Moskowicz brutal ou plus douloureuse qu'une épreuve du bain chaud).

b) *Elle est cependant susceptible de donner des indications précieuses sur la perméabilité des artères et des collatérales* et même des fins réseaux, et, en particulier, de montrer cette *perméabilité là où l'oscillation ne donnait rien.* Et cela suffirait à l'autoriser dans les cas où l'on hésite sur la conduite à tenir ou sur le siège de l'amputation.


EXPLORATION
RADIOLOGIQUE
DE LA
VÉSICULE
BILIAIRE
PAR LE
FORIOD
DU
TUBE
DIGESTIF
PAR LA
GÉLOBARINE
SPECIA
SOCIÉTÉ PARISIENNE d'EXPANSION CHIMIQUE
— Specia —
MARQUES POULENC Frères & "USINES du RHONE"
86, rue Vieille du Temple, PARIS, 3e

c) *Elle est absolument contre-indiquée dans les gangrènes humides et dans les gangrènes très infectées* avec lymphangite assez haute, surtout chez les diabétiques. Dans les gangrènes sèches et non infectées, chez des diabétiques, elle peut se défendre à condition de ne pas retarder le traitement.

d) Comparée aux autres tests circulatoires, on peut dire qu'*aucune méthode n'est infaillible ou sans reproche*. Il faut les associer, les comparer pour qu'elles permettent des décisions moins rigides, moins schématiques et plus appropriées à chaque cas que ne le comporteraient les règles classiques de Demons, Lejars, Rocher et Quénu.

L'artériographie n'est *qu'une épreuve « anatomique »* et c'est la seule. Elle n'est aussi, comme dirait Villaret, qu'une épreuve « statique »; elle indique, comme l'oscillométrie, ce qui passe au moment précis de l'examen dans les vaisseaux même les plus fins; elle ne dit pas ce qui pourrait passer au minimum; elle *doit donc être complétée*, tout comme l'oscillométrie, par *les épreuves fonctionnelles dynamiques* (bain chaud, massage pneumatique artériel, acétylcholine, etc.). Ces épreuves interrogent l'élément spasmodique surajouté artériel et surtout artério-capillaire, qu'elle ne peut pas discriminer elle-même. On peut d'ailleurs la pratiquer après acécoline, de même que l'associer à une sympathectomie. Elle se montre susceptible enfin elle-même de provoquer des réactions vaso-constrictrices ou vaso-dilatatrices quelquefois utiles, quelquefois dangereuses, mais qui n'ont rien à voir avec la valeur « diagnostique » de la méthode.

Aux membres, ce n'est probablement pas dans les artérites que l'artériographie donnera ses renseignements les plus utiles et les plus précis, avec un risque réduit à zéro. C'est pourtant l'affection qui, en pratique, se présenterait journellement pour son emploi.

e) *La clinique garde tous ses droits*, se fondant sur l'extension de la gangrène, les douleurs, l'âge du sujet, l'infection, autant et plus que sur sur les tests, pour agir en temps voulu et de façon opportune. Mais cela ne veut pas dire que tous les tests, anatomiques ou physiologiques ne servent à rien.

L'ALGÉRIE MÉDICALE
(Alger)

F. Ferrari (Alger). *Le cancer du moignon cervical* (*L'Algérie médicale*, 4e s., tome XXXIII, n° 22, Octobre 1929). — La dégénérescence néoplasique du col de l'utérus après hystérectomie subtotale pour fibrome ou annexites n'est pas fréquente : 0,5 p. 100 des cas environ. F. en a observé 3 cas dont 1 personnel, le seul qu'il ait relevé sur 123 hystérectomies subtotales faites par lui. Il semble que, dans certains cas, les lésions cancéreuses existaient déjà au moment de la 1er intervention et, pour affirmer le développement du cancer sur un moignon d'hystérectomie primitivement sain, il faut qu'il y ait une discontinuité chronologique très nette : 18 mois à 2 ans au maximum. Si l'on considère que les affections génitales pour lesquelles l'hystérectomie subtotale a été pratiquée sont généralement des lésions salpingiennes accompagnées souvent de métrite parenchymateuse et notamment de cervicite chronique, avec col gros et ulcéré, on s'explique facilement que ces érosions du col puissent subir la dégénérescence épithéliale : « l'inflammation à caractère ulcéreux fait le lit au néoplasme » (Forgue et Massabuau). Il en est de même des déchirures du col. Par contre, il est difficile de trouver un rapport entre le processus fibromateux et le développement ultérieur du cancer sur le moignon cervical.

Comment prévenir cette dégénérescence du moignon cervical après hystérectomie subtotale? Faut-il condamner cette dernière et pratiquer dans tous les cas l'hystérectomie totale ? F. ne le pense pas : si l'on tient compte du nombre considérable d'hystérectomies subtotales pratiquées eu égard à celui, vraiment infime, de cancers qui se développent sur le moignon cervical, l'hésitation n'est pas possible et l'hystérectomie subtotable doit conserver la faveur presque unanime dont elle jouit, car il ne faut pas oublier que la totale se chiffre par une mortalité opératoire double de celle de la subtotale. Il est préférable, au cours ou à la suite de la subtotale, de traiter toute lésion du col susceptible de favoriser l'apparition du cancer : évidement systématique du col et traitement physico-ou chimiothérapique des lésions du museau de tanche.

Le cancer avéré du moignon cervical peut être traité par la chirurgie ou par les radiations : curiethérapie associée ou non à la radiothérapie pénétrante. Dans ses 3 cas personnels, F. a eu recours systématiquement à la curiethérapie. Il estime en effet que l'extirpation chirurgicale du col est une opération difficile et qui risque d'être inefficace. Pour être complète, cette opération doit comprendre le même temps principal que dans le Wertheim, c'est-à-dire la dissection des uretères et l'ablation du paramètre avec le col. Or, en raison de l'hystérectomie antérieure, le paramètre n'est plus qu'un tissu cicatriciel au milieu duquel la recherche et la dissection des uretères ne peuvent être que difficiles et dangereuses; de sorte que l'ablation du col ne peut être qu'incomplète puisqu'elle laisse un paramètre dans lequel sont déjà essaimées des cellules néoplasiques. L'étude des statistiques montre, et par la mortalité opératoire et par les récidives plus ou moins rapides, qu'il ne s'agit pas là d'une simple vue de l'esprit.

Chez les 3 malades de F., l'application du radium s'est faite, au contraire, sans peine : un tube a été placé dans la cavité cervicale, des aiguilles ont été en outre implantées dans le col et on a agi sur les paramètres en plaçant un tube avec colpostat dans chacun des culs-de-sac. Il n'y a eu aucune complication ni pendant l'application ni dans les suites. Des 3 malades, une reste actuellement guérie après 8 ans et 9 mois ; une autre a été perdue de vue, mais elle était encore bien portante 19 mois après le traitement curiethérapique ; quant à la 3e, elle était mourante au moment de la rédaction de cet article, mais il s'agissait dans ce cas d'un cancer du col utérin méconnu avec propagation au col ou récidive rapide après l'hystérectomie subtotale.

J. Dumont.

REVUE MÉDICALE DE LA SUISSE ROMANDE
(Lausanne-Genève)

Eric Martin (Genève). *Le diabète acromégalique* (*Revue médicale de la Suisse romande*, tome XLIX, n° 11, 25 Septembre 1929). — M. rapporte l'observation d'une femme de 52 ans, acromégalique, qui, 4 ans après une hypophysectomie pour adénome éosinophilique, présenta une glycosurie abondante accompagnée d'amaigrissement et d'acidose, sans signes d'accroissement ou de récidive de la tumeur hypophysaire. Sous l'influence de fortes doses d'insuline, la tolérance pour les hydrates de carbone s'élève et, 9 mois après l'apparition du diabète, la malade, sans insuline, avec une ration d'hydrate de carbone d'environ 100 à 130 gr. par jour, présente une glycosurie nulle ou presque nulle et une glycémie de 1 gr. 20.

Ce diabète acromégalique ne se différencie du diabète pancréatique avec acidose ni par son type clinique, ni par sa réaction à l'insuline. Il présente cependant une tendance à l'amélioration.

Après avoir envisagé les diverses pathogénies proposées pour le diabète acromégalique, M. conclut que le trouble du métabolisme des sucres est fréquent chez les hypophysaires ; que le diabète acromégalique ne s'explique complètement ni par l'action hyperglycémiante de l'hormone hypophysaire, ni par une compression tumorale des centres nerveux infundibulaires, mais, bien plus probablement, par l'effet neurocrinique d'une hypophyse en hyperfonction associé à des altérations du pancréas endocrinien.

Dans certains cas de diabète, si le pancréas est l'agent principal de la maladie, les altérations des autres glandes endocrines nous autorisent à parler de diabète pluriglandulaire. Ces cas aident à comprendre le diabète acromégalique, le rôle et l'interdépendance du système endocrino-sympathique dans l'équilibre des sucres.

Robert Clément.

DERMATOLOGISCHE WOCHENSCHRIFT
(Leipzig)

Leszczynski. *Influence de la diathermie médullaire sur l'hyperhidrose et la dyshidrose des mains* (*Dermatologische Wochenschrift*, t. LXXXIX, n° 41, 12 Octobre 1929). — L. estime qu'hyper- et dyshidrose sont des affections très voisines et que les différences cliniques tiennent surtout au terrain sur lequel elles évoluent : l'hyperhidrose, affection stable, s'observe chez les névropathes avec tendance à l'hyperthyroïdie et à la tuberculose ; la dyshidrose atteint surtout les névropathes aux échanges diminués, avec tendance aux manifestations goutteuses.

Comme les fonctions sudorales sont régies par le sympathique, L., se basant sur les résultats obtenus dans le lichen plan par la radiothérapie médullaire, essaya de traiter l'hyper- et la dyshidrose par une thérapeutique médullaire. Il s'adressa à la diathermie plutôt qu'à la radiothérapie, parce que la diathermie est inoffensive et son dosage plus facile. L'électrode active, grande de 6×8 cm., est appliquée sur la colonne vertébrale entre C 6 et D 2; la passive, de 9×14, est placée sur le sternum. L'application dure 20 minutes avec 500-700 m. a.; séances quotidiennes.

32 malades furent traités par cette méthode. Les résultats furent très satisfaisants : la sueur diminua progressivement et finit par disparaître, les vésicules ne se reproduisirent plus. Les cas de dyshidrose pure demandèrent 6 à 10 séances pour guérir, les cas d'hyperhidrose, surtout quand ils étaient accompagnés d'acrocyanose, nécessitèrent 10 à 20 séances. L. donne volontiers de l'éphétonine après le traitement.

Les cas d'eczéma dyshidrosiforme durent être traités ultérieurement par la radiothérapie.

R. Burnier.

Leszczynski. *Le signe de Chvostek dans le psoriasis* (*Dermatologische Wochenschrift*, t. LXXXIX, n° 43, 26 Octobre 1929). — L. est arrivé à cette conviction que le psoriasis est l'expression d'un hypofonctionnement congénital des glandes endocrines supérieures cervico-céphaliques. Latent dans les premières années de la vie, cet hypofonctionnement se manifeste sous l'influence de diverses circonstances (puberté, grossesse, infection, intoxications) qui exigent un fonctionnement plus intense de ces glandes. Un stimulant des glandes affaiblies, un excitant des glandes vicariantes ou l'apport d'hormones étrangères peuvent rétablir la balance et empêcher l'apparition du psoriasis.

L. rapproche ces observations de celles qu'il fit dans l'impétigo herpétiforme qu'il attribue également à une insuffisance des glandes endocrines supérieures; tandis que, dans le psoriasis, c'est la thyroïde, le thymus et l'hypophyse qui jouent un rôle, dans l'impétigo herpétiforme, le premier rôle est tenu par la parathyroïde, le deuxième par l'hypophyse. La tétanie latente ou manifeste est fréquente dans l'impétigo herpétiforme et se traduit par le signe de Chvostek.

L. rechercha dans 75 cas de psoriasis le signe de Chvostek; il le rencontra dans 22 cas (20 fois bilatéral, 1 fois + à droite, — à gauche, 1 fois — à droite + à gauche), soit une moyenne de 29,3 pour 100. La recherche du signe de Chvostek chez 200 malades non psoriasiques se montra positive dans 11,5 p. 100 des cas. Ce symptôme est donc 3 fois plus fréquent chez les psoriasiques que chez les non-psoriasiques. Il n'y a aucun rapport entre l'apparition du signe de Chvostek et la forme du psoriasis; on l'observa aussi bien dans le *P. guttata, punctata*, que dans les formes disséminées ou circonscrites. Cependant un signe de Chvostek fortement positif accompagnait de préférence les éruptions intenses; dans 2 de ces cas, le psoriasis montrait une tendance exsudative. Il est à noter que chez les femmes à Chvostek + on constatait souvent, mais non toujours des troubles menstruels (aménorrhée, oligorrhée, dysménorrhée).

R. Burnier.

Goldschlag. ***Coexistence d'un trophœdème de Meige et de mélorhéostose de Léri*** (*Dermatologische Wochenschrift*, tome LXXXIX, n° 44, 2 Novembre 1929). — G. rapporte une observation intéressante d'une jeune fille de 25 ans, présentant un œdème bilatéral des membres inférieurs ayant tous les caractères du trophœdème et en même temps des altérations osseuses, très rarement observées, se rattachant à la mélorhéostose décrite par Léri. Ces lésions unilatérales existaient surtout au niveau du fémur droit qui montrait à la radiographie une hyperostose considérable doublant l'os de volume, avec l'aspect en coulée de bougie signalé par Léri. Le tiers inférieur du péroné droit était également altéré. Enfin, dans les parties molles de la hanche droite, on voyait des masses osseuses épaisses, irrégulières, assez volumineuses.

La malade présentait des signes d'hyperfonctionnement de la thyroïde et d'hypofonctionnement de l'hypophyse; on peut admettre que ces troubles relèvent d'un vice de fonctionnement endocrinien.

R. Burnier.

Dewirtz. ***Ulcérations dues au chromate de potasse*** (*Dermatologische Wochenschrift*, t. LXXXIX, n° 45, 9 Novembre 1929). — D. a étudié les ulcérations de la peau et des muqueuses si fréquentes chez les ouvriers qui travaillent dans l'industrie du chrome. Sur 297 cas, il nota des ulcères localisés à la face dorsale des mains dans 123 cas; les ulcérations siégeaient aux jambes dans 63 cas; au tiers inférieur de l'avant-bras dans 30 cas. 21 ouvriers présentaient en même temps des ulcères des mains et des jambes; dans 60 cas, les ulcères siégeaient en d'autres points : abdomen, cou et bourses.

La lésion débute par une papule avec une goutte nécrotique au centre : l'ulcération creuse ensuite en profondeur, devient arrondie ou ovalaire, à bords infiltrés; après la chute de l'escarre, le fond apparaît recouvert de granulations rouge grisâtre. L'ulcère est douloureux, il dure environ 20 jours.

Dans 175 cas, D. trouva des lésions nasales sous forme d'ulcérations ou de perforations de la cloison (71 pour 100 des cas); le siège habituel des lésions est au tiers moyen de la cloison, à 1,5-2,9 cm. de l'entrée des fosses nasales.

La majorité des ulcérations et perforations de la cloison apparaît dans les 3 premiers mois de présence de l'ouvrier à l'usine.

Certains facteurs favorisent l'apparition des ulcérations cutanées : la tendance à une sudation excessive, la présence de petites éraflures, fissures de la peau, l'existence de dermatoses (gale, pyodermites).

R. Burnier.

H. Fuhs et L. Kumer (Vienne). ***Sur les mélanosarcomes de la muqueuse buccale*** (*Dermatologische Wochenschrift*, tome LXXXIX, n° 47, 23 Novembre 1929). — A l'occasion de 2 cas personnels, F. et K. présentent une étude d'ensemble de cette affection rare qui est passée sous silence ou à peine mentionnée dans les traités de dermatologie, d'anatomie pathologique ou de pathologie chirurgicale. En dehors de leurs 2 cas, ils en ont recueilli 29 autres dans la littérature.

Les hommes y sont 3 fois plus sujets que les femmes. Contrairement à ce qui a lieu pour les autres sarcomes, les mélanosarcomes de la muqueuse buccale s'observent surtout à un âge avancé, entre 45 et 65 ans. On signale exceptionnellement à leur origine une tache pigmentaire persistante de la muqueuse; mais il semble bien que la plupart du temps cette tache est passée inaperçue du sujet dont l'attention n'a été attirée qu'ultérieurement par le mélanosarcome une fois constitué. Dans quelques rares cas on mentionne une origine traumatique possible (abcès dentaire, pression localisée d'un dentier, lésion produite par la pipe).

La localisation la plus fréquente de ces mélanosarcomes est au niveau de la voûte palatine et de la mâchoire supérieure.

Les symptômes sont à peu près toujours les mêmes : tache noirâtre de la muqueuse, tantôt sous forme de plaque, tantôt sous forme de nodule de volume variable, de surface tomenteuse ou verruqueuse, papillomateuse, souvent ulcérées. L'accroissement de la tumeur est généralement rapide; elle s'étend peu à peu au voile du palais, aux piliers, aux amygdales, gagnant parfois toute la muqueuse buccale; souvent elle envahit les os sous-jacents dans leur épaisseur. Dans la plupart des cas observés il existait déjà des métastases ganglionnaires; celles-ci apparaissent d'abord au cou, puis dans les aisselles; finalement se produisent des métastases viscérales.

Diverses tentatives opératoires ont été dirigées contre ces tumeurs malignes au premier chef; elles ont toutes échoué et les malades ont succombé à la récidive après 1 à 3 ans au plus. Dans quelques rares cas seulement l'intervention semble avoir retardé un peu l'échéance fatale : 6 ans (Weber) 4 ans (Gussenbauer). La radiothérapie n'a pas donné plus de succès dans les 2 cas personnels de T. et K.

Au point de vue pathogénique, il convient de mentionner la fréquence relative des taches pigmentaires au niveau des muqueuses palatine, gingivale et jugale chez l'homme; or c'est précisément dans ces régions que se développent le plus souvent les mélanosarcomes.

Ceux-ci ne diffèrent guère, histologiquement, des mélanosarcomes cutanés dont ils ont d'ailleurs la même origine embryonnaire (on sait que l'épithélium de la muqueuse palatine antérieure dérive, comme la peau, du feuillet embryonnaire externe). Ils sont formés de nodules à structure souvent alvéolaire composés de cellules rondes ou fusiformes avec çà et là quelques rares cellules géantes.

J. Dumont.

KLINISCHE WOCHENSCHRIFT

(Berlin, Francfort, Munich, Vienne)

L. Hirszfeld, W. Halber et J. Laskowski. ***La spécificité sérologique des cellules cancéreuses*** (*Klinische Wochenschrift*, t. VIII, n° 34, 20 Août 1929). — Pour rechercher si les cellules cancéreuses peuvent être distinguées, par des méthodes sérologiques, des cellules normales, les auteurs de ce travail ont recherché tout d'abord, dans les organes d'un certain nombre de cadavres, si les antigènes de groupe sont toujours présents et s'ils correspondent au type du sang. Pour cela, ils ont utilisé la méthode de Witebsky et ils ont constaté que, parmi les organes ou les tissus dans lesquels on retrouve presque toujours l'antigène de groupe, figurent le sang, l'estomac, l'intestin, etc., ainsi que le cancer. Par contre, dans le cerveau et dans le testicule, on n'en retrouve généralement pas. Ces différences entre les organes sont assez analogues à la répartition des pigments. D'un autre côté, le voisinage d'un cancer semble agir sur la fréquence avec laquelle on retrouve les antigènes comme si, par suite d'une sorte d'infiltration ou de métastase précédant la métastase histologique, le tissu cancéreux essaimait des antigènes.

En cherchant à réaliser des états d'immunisation avec des cancers, on est arrivé, chez 11 animaux sur 87, à préparer des immunsérums qui, avec des extraits alcooliques de cancers, fixent le complément d'une manière spécifique. Dans aucun cas cet antigène cancéreux n'a été retrouvé chez des cadavres non cancéreux. Par contre, plus de 50 pour 100 des cancers ont réagi positivement. Les lipoïdes gastriques semblent cependant occuper une place spéciale, car ils réagissent quelquefois à l'égard des sérums anticancers.

Certaines néoformations réagissent mieux que d'autres à l'égard des sérums anticancers comme, par exemple, les tumeurs gastriques. Les réactions sont également plus fréquemment positives avec un cancer de même provenance. Cependant les métastases ne réagissent pas toujours comme le cancer original, comme si, au cours de la croissance des tumeurs, il se produisait, dans le métabolisme des lipoïdes, des troubles capables de modifier les réactions avec les sérums antigroupe ou anticancers. En tout cas, pour les auteurs de ce mémoire, plus de la moitié des cancers et plus spécialement des cancers gastriques contiennent des lipoïdes qui peuvent être caractérisés sérologiquement.

Ces faits donnent à penser qu'on pourra trouver les bases d'une sérothérapie du cancer et il a été procédé à des tentatives d'immunisation chez les chevaux. Mais seulement une partie des chevaux se montre capable de fabriquer des immunsérums à spécificité cellulaire, ce qui rend l'étude de ces phénomènes particulièrement complexe.

P.-E. Morhardt.

H. Wendt. ***Troubles de la résorption des graisses dans les cirrhoses du foie et dans d'autres maladies*** (*Klinische Wochenschrift*, tome VIII, n° 34, 20 Août 1929). — Chez un grand nombre d'individus sains, W. a confirmé les recherches de Bürger et Habs d'après lesquelles l'administration par voie buccale de 100 gr. d'huile d'olive, contenant 5 gr. de cholestérine en dissolution, détermine, au bout de 4 heures, une forte lipémie qui se manifeste par un trouble laiteux du sérum.

Par contre, dans 3 cas de cirrhose du foie, vérifiée à l'autopsie, W. a constaté que cette lipémie ne se produit pas. Chez d'autres malades atteints de carcinose ou de tuberculose du péritoine, de péricardite exsudative ou de dégénérescence amyloïde, on a fait des constatations tout à fait analogues : la lipémie ne se produit pas. De même, la proportion des éthers de la cholestérine est fortement diminuée dans tous ces états. Ces divers phénomènes doivent être mis en rapport avec un défaut de résorption des graisses. Celui-ci peut être attribué soit à une bile anormale, soit à une cirrhose concomitante du pancréas qui, d'ailleurs, n'a pas été constatée dans bon nombre de cas de W. La stase de la veine porte, qui existait à des degrés variés dans toutes les observations de W., paraît être finalement le facteur le plus constant de ce défaut de résorption.

P.-E. Morhardt.

W. Frey. ***La signification des organes d'origine mésenchymateuse pour la résistance de l'organisme à l'égard des infections bactériennes au cours de la croissance*** (*Klinische Wochenschrift*, tome VIII, n° 35, 27 Août 1929). — Chez le fœtus et chez le nourrisson, la morbidité est faible, mais, par contre, la léthalité est grande en cas d'infection, parce que l'organisme, à cette période, ne possède pas de mécanismes de défense suffisants. Plus tard, au cours du développement, la morbidité varie dans des proportions importantes et sans règles apparentes. Par contre, la courbe de la léthalité présente, comme le remarque F., des caractères très particuliers. Elle permet de constater, en effet, que la protection de l'organisme est, au maximum, pour toutes les maladies, entre 5 et 15 ans. C'est un fait qui doit être rapproché des constatations faites par Sacharoff chez les animaux chez lesquels la mortalité est, en cas d'infection, au maximum dans les premiers et dans les derniers temps de l'existence, exception faite pour quelques maladies comme la rage, la septicémie du lapin, etc.

Ces constatations sont mises en rapport par F. avec le rythme de la croissance des divers organes. En effet, les organes d'origine mésenchymateuse croissent surtout dans cette période qui s'étend chez l'homme de 5 à 15 ans. Cela est vrai plus spécialement du système réticulo-endothélial qui se développe au maximum à la période de léthalité minimum et qui joue, au point de vue de la résistance à l'infection, un rôle de premier plan.

P.-E. Morhardt.

H. Jacoby. ***L'ictère des nouveau-nés et la question de l'origine extra-hépatique de l'ictère*** (*Klinische Wochenschrift*, t. VIII, n° 35, 27 Août 1929). — Les ictères d'origine hépatique donnent lieu, en général, à la réaction « directe » de Hijmans Van den Bergh, tandis que les ictères hémolytiques, de même que l'ictère des nouveau-nés, donnent lieu à la réaction indirecte ou retardée, ce qui tendrait à faire croire, contrairement à une notion répandue, que l'origine de cette dernière forme d'ictère doit être cherchée dans une maladie d'origine non hépatique. Les recherches de J. sur 10 nouveau-nés ictériques donnent des résultats qui cadrent bien avec cette hypothèse; en effet, l'administration d'hydrates de carbone (galactose, lévulose, la plupart des aliments

et notamment du lait) fait légèrement augmenter la bilirubine du sang, en moyenne au bout d'une heure et demie, en cas d'affection du parenchyme hépatique. Quand cet organe est intact et, notamment, quand il y a ictère simplement mécanique, au contraire, la bilirubine diminue. Il en est de même chez le nouveau-né ictérique qui, après ingestion d'environ 80 gr. de lait maternel, a présenté 10 fois sur 10 une diminution de la bilirubine.

Ainsi, on peut, selon J , éliminer absolument toute lésion parenchymateuse au cours de l'ictère des nouveau-nés. Comme, d'autre part, les selles des nourrissons ictériques sont aussi riches en pigments biliaires que les selles des nourrissons normaux, il faut admettre, ou que la production de bile est anormalement élevée, comme dans certains états pathologiques (ictère hémolytique ou hyperglobulie), ou que les voies biliaires sont anormalement petites. En faveur de la première hypothèse, il n'existe aucun fait et, notamment, ni polycythémie ni proportion anormale d'hémoglobine dans le sang.

D'un autre côté, J. fait remarquer que, dans ces dernières années, on a trouvé fréquemment la réaction d'Hijmans Van den Bergh directe alors que le parenchyme hépatique est certainement lésé comme, par exemple, dans les expériences d'extirpation totale du foie de Mann. Il ne reste donc, de plausible, que l'hypothèse d'après laquelle les voies biliaires présenteraient, en cas d'ictère des nouveau-nés, une insuffisance de développement du genre de celle que Metzger a constatée dans l'ictère du veau nouveau-né. P.-E. Morhardt.

W. Loewenstein. *Lipomatose symétrique et multiple* (*Klinische Wochenschrift*, tome VIII, n° 35, 27 Août 1929). — Il s'agit d'un homme âgé de 55 ans, alcoolique, qui se plaint de dyspnée d'effort et qui présente, à l'examen, d'énormes tumeurs lipomateuses de la partie supérieure du corps et des bras. L'une d'elles a l'apparence d'un sein volumineux. Une autre a été enlevée antérieurement dans la fosse sus-claviculaire droite en laissant une cicatrice adhérente et douloureuse. On aurait constaté que cette tumeur était mal limitée et que son ablation entraînait des hémorragies, de sorte que l'opération n'a pu être poursuivie. Le repos et une médication appropriée ont vite fait disparaître les symptômes subjectifs dont se plaignait ce malade et on a procédé à une série de recherches de laboratoire.

Le métabolisme de base, qui a été calculé avec un soin particulier, a été trouvé de 22,5 pour 100 supérieur à la normale. L'effet dynamique spécifique a augmenté le métabolisme de 19,1 pour 100 au bout de 60 minutes et de 14 pour 100 au bout de 90 minutes. Le poids du corps est de 103 kilogr. 5 pour une taille de 1 m. 70. Le sucre du sang a varié, suivant les jours, de 164 à 178 milligr. pour 100 gr. La cholestérine du sang a été de 188 milligr. et l'azote restant de 26 milligr. pour 100 gr.

Sous anesthésie par l'éther, on a réussi à enlever une de ces tumeurs, du poids de 2.500 gr., et on l'a trouvée mal limitée et constituée par une graisse pauvre en eau (6,3 pour 100). En administrant un mélange de thyroïde et d'hypophyse, on a fait maigrir le malade de 2 kilogr. 1/2 sans modifier en rien les lipomes. Comme cet homme pesait régulièrement 93 kilogr. avant l'apparition des lipomes et comme ceux qu'il porte dépassent certainement 10 kilogr. il y a lieu de croire qu'il a maigri d'une façon importante depuis le début de cette affection.

L'un des points les plus intéressants de la pathologie de cet individu est représenté par la glycémie élevée qu'il présente. L. a donc étudié la fonction du pancréas en administrant 100 gr. de glucose qui ont déterminé une augmentation de la glycémie d'environ 65 milligr. au-dessus de la valeur trouvée à jeun. Cette élévation a été suivie d'un abaissement très important, de 55 milligr. au-dessus du chiffre initial, ce qui témoigne d'une production importante d'insuline par le pancréas. En administrant des doses fractionnées et croissantes de pain blanc (de 25 à 100 gr.), selon la méthode de Noorden, la courbe de la glycémie, après un accroissement léger, a manifesté une tendance à s'abaisser, ce qui confirme le résultat de l'épreuve précédente. L. est ainsi amené à rapprocher ce cas du diabète décrit par Noorden dans lequel le sucre, au lieu d'être transformé en glycogène, est transformé en graisse et mis en réserve sous cette forme. Les hydrates de carbone du vin consommé en abondance par ce malade constitueraient les matériaux nécessaires pour la formation de ces lipomes. Il est probable, également, que la cirrhose dont cet homme est vraisemblablement atteint intervient dans ce phénomène.

La raison pour laquelle ces lipomes sont localisés à la racine des membres supérieurs et au thorax donne à penser que le système nerveux intervient dans cette distribution. Mais il faut admettre que les tissus atteints possèdent une constitution particulière qui favorise le dépôt de graisse.

P.-E. Morhardt.

R. Siégel. *L'influence d'hormones sur la répartition du sucre et la perméabilité cellulaire dans l'organisme animal* (*Klinische Wochenschrift*, tome VIII, n° 36, 3 Septembre 1929). — Le sucre du sang provient exclusivement du foie, comme Mann et Magath l'ont montré en retardant, par administration continue de sucre, la mort d'animaux hépatectomiés. Ce sucre est absorbé par les tissus qui ne se montrent perméables pour cette substance que dans une seule direction. Pour savoir quelles sont les lois qui président à cette distribution du sucre, S. a recueilli du sang de souris par décapitation en même temps qu'il inactivait les ferments des viscères par la cuisson pour en doser le sucre libre. Chez l'animal normal, le sucre du sang s'est montré, dans ces conditions, plus abondant que le sucre des muscles abdominaux, du myocarde et du cerveau. Dans le cerveau, le sucre n'atteint d'ailleurs que des chiffres faibles : 50 à 55 milligr. pour 100 gr. Il n'y a donc pas équilibre des deux côtés de la membrane qui sépare le sang de la cellule.

Chez des souris auxquelles, 20 minutes avant d'être sacrifiées, on avait injecté une dose d'insuline égale à 0,06 unités pour 100 gr. de poids du corps, on a trouvé les mêmes chiffres pour le muscle bien que le sucre du sang ait été abaissé de moitié. Ainsi, sous l'influence de l'insuline, le sucre s'accumule dans la musculature et dans les autres organes périphériques. On ne peut d'ailleurs pas supposer que le sucre ainsi trouvé en excès provienne du glycogène local puisque celui des muscles ne donne jamais naissance qu'à de l'acide lactique. Si l'on administre trop d'insuline ou si l'on attend trop longtemps, l'oxydation du sucre dans les muscles augmente à tel point qu'on ne peut plus constater de modification dans la perméabilité cellulaire pour cette substance.

L'extirpation du pancréas augmente le sucre du sang, mais ne modifie pas celui des viscères. On doit donc admettre que, dans le diabète, les tissus ne souffrent pas d'un excès de sucre, mais, au contraire, d'une insuffisance d'alimentation, car le taux du sucre du sang ne peut être considéré comme un indice de la régulation périphérique. Sous l'influence de la thyroxine, la perméabilité cellulaire ne semble pas modifiée car la répartition du sucre reste normale.

Le glycogène du foie, transformé en sucre par une diastase, constitue donc la source du sucre du sang. On sait, d'ailleurs, que l'adrénaline augmente cette arrivée du sucre dans le sang et qu'à ce point de vue l'insuline est son antagoniste. Mais la thyroïde paraît, elle aussi, comme l'a récemment montré M. Labbé, jouer un rôle antagoniste à l'égard de l'insuline. S. a, d'ailleurs, montré avec d'autres auteurs que l'insuline possède une action inhibitrice sur la transformation du glycogène du foie en sucre, alors que le foie d'animaux diabétiques transforme anormalement vite son glycogène en sucre. Dans une circonstance l'insuline inhibe l'action des diastases dont au contraire, l'extirpation du pancréas augmente l'action. On n'a cependant constaté une diminution des hydrates de carbone du foie que sous l'influence d'un excès d'insuline.

D'autre part, la thyroïdectomie diminue les symptômes diabétiques chez l'animal et les animaux thyroïdectomiés sont hypersensibles à l'égard de l'insuline. Les recherches de S. ont montré, en outre, que l'action de la diastase hépatique est accélérée par l'hormone de la thyroïde. C'est l'inverse qui se produit après extirpation de la thyroïde.

Dans l'organisme intact, l'adrénaline provoque, par excitation des terminaisons nerveuses sympathiques, une forte augmentation du sucre du sang par désintégration du glycogène du foie. Sur des fragments de foie, c'est-à-dire après suppression de l'excitation nerveuse, apparaît, par contre, l'inhibition des diastases hépatiques par l'adrénaline. Dans les conditions physiologiques, les petites quantités d'adrénaline endogène sont probablement sans effet sur le sympathique tandis que l'action proprement cellulaire de cette hormone joue le rôle le plus important. Pollak et les Cori ont montré que la surrénalectomie double fait disparaître le glycogène, le pouvoir reconstructif faisant alors défaut. Au cours du choc insulinique, il apparaît dans le sang une proportion d'adrénaline 20 fois supérieure à celle qu'on y trouve normalement. Alors c'est le pouvoir excitant du sympathique possédé par cette hormone qui provoque les effets les plus marqués, le pouvoir inhibiteur de l'insuline sur les diastases hépatiques étant supprimé, de telle manière que du glycogène peut être mobilisé pour remplacer le sucre du sang manquant. Mais, en supprimant les terminaisons nerveuses sympathiques, S. est arrivé à supprimer cet effet secondaire de l'adrénaline même à haute concentration. Sur les réserves périphériques de glycogène l'adrénaline a une action toute différente. On sait que le sucre périphérique revient au foie sous la forme d'acide lactique qui est alors retransformé en glycogène. Or, l'adrénaline provoque une augmentation de l'acide lactique, sans doute par l'intermédiaire des nerfs sympathiques et rend ainsi possible la reconstitution des réserves hépatiques aux dépens du sucre périphérique et aux dépens de l'acide lactique. Mais cette hormone possède une autre action : elle inhibe la migration du sucre du sang vers les tissus. En effet, chez les souris soumises aux recherches de S., l'adrénaline a provoqué une forte augmentation du sucre du sang sans modifier celui des muscles, comme si la perméabilité cellulaire avait été diminuée. D'ailleurs, ce pouvoir perméabilisateur de l'adrénaline a été mis en évidence pour beaucoup de substances : phosphates, sucre de canne, sels de potasse, dextrose, etc. Cette action se ferait sentir pour des concentrations voisines de la normale (1 : 10.000.000).

Ainsi, tandis que la thyroxine peut être considérée comme l'activateur de la destruction diastasique du glycogène hépatique, l'adrénaline se comporte comme un antagoniste et, ce qu'on considérait jusqu'ici comme le rôle essentiel de l'adrénaline, n'est, en réalité, qu'une « réaction de nécessité ».

P.-E. Morhardt.

G. J. Pfalz. *La signification pratique de l'index bactéricide du sang pour le clinicien* (*Klinische Wochenschrift*, t. VIII, n° 36, 3 Septembre 1929). — P. utilise la méthode de Wright modifiée pour étudier l'index bactéricide du sang du malade. L'index bactéricide est donné, dans ces conditions, par le quotient entre le nombre des colonies sur agar et celui des colonies dans les chambres capillaires et il représente la somme de toutes les actions immunisantes du sang.

P. a utilisé cet index tout d'abord pour étudier l'influence de la protéinothérapie sur le pouvoir bactéricide du sang au cours d'affections gynécologiques septiques ou gonococciques. Les substances employées (yatren-caséine, novoprotéine, gono-yatren, autovaccin) ont permis, avec un dosage convenable, de provoquer une augmentation progressive de l'index bactéricide. De sorte que cet index peut être considéré comme un indicateur biologique beaucoup plus sûr que les réactions locales, focales ou générales utilisées jusqu'ici pour préciser la posologie des antigènes non spécifiques. Dans 37 cas où l'on a utilisé l'autovaccin en contrôlant l'index bactéricide, les résultats semblent avoir été plus régulièrement bons qu'ils ne le sont d'ordinaire notamment à l'égard des pyélites, des mastites et des foyers infectieux. Cette méthode permet également de fixer le pronostic : quand l'in-

dex est d'emblée anormalement bas (1,8 à 1,2) ou quand il s'abaisse progressivement, la mort est la règle. Sur 31 cas d'infections examinés à ce point de vue pendant 2 jours, on a eu seulement 3 résultats erronés.

Pour préciser la posologie des irradiations aux rayons X dans les affections annexielles, la détermination de l'index bactéricide du sang s'est également montrée très utile. Les doses usuelles de rayons X (10 à 38 pour 100 de la HED) ont une action variable sur cet index bactéricide qui se montre ainsi comme une sorte de dosimètre biologique permettant de fixer la dose optima d'irradiations. Dans ce but, on administre aux malades des rayons X dans une proportion un peu plus faible que celle qui est généralement utilisée (10 à 15 pour 100 de la dose d'inflammation définie par Heidenhain et Fried), dose qui ne peut pas léser les foyers de formation des corps immunisants. Enfin, cette méthode permet d'étudier les effets des différents procédés de narcose ou d'anesthésie sur l'immunité naturelle. P.-E. Morhardt.

H. Zondek et H. W. Bansi. *Prébasedow* (*Klinische Wochenschrift*, t. VIII, nº 37, 10 Septembre 1929). — Les individus atteints de prébasedow présentent une série de signes qui rappellent le basedow confirmé : formes extérieures minces, peau moite, yeux brillants, irritabilité, pâleur, exophthalmie, tremblement, goitre, température subfébrile, tachycardie. En revanche, leur métabolisme de base est normal ce qui complique le diagnostic. La réaction de Reid-Hunt est positive et l'élimination d'eau, après épreuve de Volhard, est extrêmement rapide (300 à 500 cmc dans le premier quart d'heure). Dans le sang, on trouve des formes juévniles (granulophilocytes), ce qui cadre bien avec le fait antérieurement mis en évidence par H. Zondek, d'après lequel la thyroïdine provoque une augmentation passagère des hématies.

Ce qui est très caractéristique du prébasedow c'est que la vitesse de circulation du sang est augmentée par rapport à celle de l'homme sain et à celle des névroses du cœur avec tachycardie. On trouve en effet, dans le prébasedow, des débits par minute de 9 litres, alors que, normalement, ce chiffre oscille entre 3 et 5, 6 litres. On peut, sans recourir à des méthodes compliquées de laboratoire, se rendre compte de cette accélération du débit en tenant compte de la différence entre la pression systolique qui est normale et la pression diastolique qui est très faible. En même temps, la peau est très abondamment irriguée, chaude, rouge clair et humide, tandis que, dans les tachycardies sans augmentation du débit, elle est froide et cyanotique.

Tandis que, en cas de basedow confirmé, le sang abandonne son oxygène beaucoup plus facilement que chez l'individu normal, par contre, en cas de prébasedow, cette courbe de dissociation est tout à fait normale. Pendant le travail, cependant, on trouve parfois, chez ces derniers malades, à côté de l'augmentation du débit cardiaque, une légère augmentation de la consommation d'oxygène (3,9 cmc par kilogramme-mètre au lieu de 2,73). Chez ces malades, il y aurait donc une augmentation des dépenses musculaires hors de proportion avec le travail fourni qui exige d'abord une augmentation du travail du cœur, puis, finalement, une dissociation plus facile de l'oxyhémoglobine.

Cette maladie peut durer pendant des années et elle ne doit être traitée que si elle provoque des sensations pénibles ou pathologiques. Alors une indication essentielle est donnée par la cure de repos. En outre les narcotiques, qui semblent empêcher l'adsorption de l'hormone thyroïdienne par les surfaces limitantes de la cellule, donnent également de bons résultats. Enfin l'iode à petites doses est souvent utile. P.-E. Morhardt.

H. Kuerten. *Nouvelles recherches sur le sérum de l'endocardite lente* (*Klinische Wochenschrift*, tome VIII, nº 37, 10 Septembre 1929). — On a fait beaucoup de recherches pour trouver dans le sang des modifications caractéristiques de l'endocardite lente. Parmi les constatations faites dans ce but, K. note l'augmentation de la globuline du sérum mise en évidence par gélification du sérum en présence du formol comme par la méthode pondérale de Hofmeister-Pohl. La gélification se produit en ajoutant à 1 cmc de sérum, 11 gouttes d'une solution de formaline à 40 pour 100 éventuellement neutralisée pour la phénolphtaléine à l'aide d'une solution de carbonate de soude à 20 pour 100, en un temps qui varie de 2 à 120 minutes et qui n'atteint qu'exceptionnellement 700 minutes. Cette augmentation de la globuline doit être mise en rapport avec une forte accélération de la sédimentation des globules rouges observée en cas d'endocardite lente.

L'étude de la diffusion des substances colorantes dans la gélatine, selon le procédé utilisé par Bennhald, montre que le sérum de l'endocardite lente, du fait de sa richesse en globuline, se comporte, dans cette épreuve, comme une solution salée pure, incapable d'empêcher la diffusion de la substance colorante.

Les observations de Nishino montrant que la gélification du sérum qui, sous l'influence du formol, s'observe également dans la syphilis est due, selon K. au fait que, chez ces syphilitiques, il y avait parfois endocardite lente, combinaison qui serait assez fréquente.

L'augmentation de la globuline est mise en relation par l'auteur de ce travail avec la monocytose ou endothéliose observées chez ces malades de façon régulière. L'endothélium vasculaire réagit, dans l'endocardite lente, beaucoup plus que dans les septicémies streptococciques à marche plus ou moins foudroyante. Il y a donc parallélisme entre l'activité du système endothélial, les protéines du sérum et la résistance du malade. P.-E. Morhardt.

RIVISTA DI PATOLOGIA NERVOSA E MENTALE

R. Bozzi. *Contribution clinique et anatomo-pathologique à l'étude des tumeurs du lobe temporal* (*Rivista di Patologia nervosa e mentale*, tome XXXIV, fasc. 4, Septembre 1929). — Le diagnostic des tumeurs du lobe temporal, surtout celles du côté droit, est souvent assez malaisé. Byrom, Bramwell, Bruns, Oppenheim, Redlich, considéraient que le lobe temporal droit faisait partie des zones muettes du cerveau.

D'autres auteurs ont tenté d'analyser et de concrétiser les signes propres aux tumeurs de cette région. B. rend compte de ces travaux en y ajoutant une observation personnelle.

Il signale d'abord des signes généraux qui sont pour la plupart des signes d'hypertension intracranienne. La céphalée, la stase papillaire, les troubles mentaux (troubles de l'attention, apathie, bradypsychie, désorientation, état confusionnel avec ou sans hallucinations, états d'excitation psycho-motrice) qui semblent particulièrement fréquents, l'épilepsie du type essentiel, et accessoirement les vomissements, les sanglots, les pandiculations, les vertiges, les accès syncopaux.

Les *symptômes locaux*, plus importants, sont constitués par les troubles du langage, depuis la paraphasie simple jusqu'à l'aphasie de Wernicke ; les troubles de l'audition unilatéraux ou bilatéraux ; les troubles de l'olfaction ; les troubles du goût, paragueusie, hypoagueusie, simple retard de la perception, agueusie complète unilatérale ou bilatérale.

Les *symptômes de voisinage* sont constitués par l'atteinte des nerfs craniens : paralysie partielle ou totale de la IIIe paire, accessoirement de la IVe et de la VIe paire, plus rarement encore de la Ve. L'atteinte de la voie pyramidale se traduit par des hémiparésies ou des monoparésies croisées ou homolatérales, parfois par des syndromes alternes pédonculaires ou protubérantiels. Des crises d'épilepsie jacksonienne peuvent s'y associer, ainsi que des troubles de la sensibilité objective et subjective. Des troubles de la vision — rétrécissement du champ visuel et diminution de l'acuité — et l'apraxie ne doivent pas être oubliés.

Dans l'observation personuelle de l'auteur, les paralysies oculaires — paralysies de la IIIe et de la VIe paire — constituent le fait à retenir. L'examen histologique montra d'ailleurs des lésions des cellules des noyaux de ces nerfs. L'auteur se demande donc si les paralysies oculaires dans ce cas, et d'autres symptômes rencontrés dans les néoplasmes intracraniens, n'auraient pas pour substratum des lésions cellulaires d'origine toxique, plutôt qu'une cause mécanique, opinion déjà soutenue par divers auteurs.

En tout cas, l'auteur estime que le diagnostic de tumeur du lobe temporal doit pouvoir être posé dans la majorité des cas. H. Schaeffer.

LA MEDICINA IBERA

(Madrid)

J. M. Villacian. *Desquamation de la peau en vastes lambeaux et réaction anaphylactique* (*La Medicina iberia*, tome XXIV, vol. XI, nº 623, 19 Octobre 1929). — Une jeune femme est prise subitement d'un malaise avec sensation de froid, défaillance sans fièvre, puis survient un prurit généralisé accompagné d'œdème et d'érythème ; ce sont ensuite des crises d'oppression sans localisations ni phénomènes pulmonaires ; enfin, au bout de 6 jours, lorsque tous les troubles fonctionnels ont disparu, apparaît une desquamation en gant des extrémités avec quelques lambeaux plus ou moins étendus qui occupent le reste du corps.

L'énoncé des symptômes suffit à poser le diagnostic d'accidents anaphylactiques, d'autant plus que cette jeune femme, ainsi que sa mère, était une grande migraineuse.

Ces phénomènes, sans pouvoir être identifiés à la maladie de Quincke, à l'urticaire, se rapprochent plutôt de l'érythème desquamatif œdémateux décrit par Milian à la suite d'injections d'arsénobenzol.

Quelle est la cause de ces accidents ? V. les attribue aux oxyures intestinaux. Ne pourrait-on pas incriminer plutôt les antihelminthiques absorbés par la malade ? M. Nathan.

M. Tapia et P. Aznar. *Le rôle des anaérobies dans la fièvre typhoïde et le traitement de cette affection par le sérum antigangreneux* (*La Medicina ibera*, t. XXIV, vol. XI, nº 624, 26 Octobre 1929). — On a beaucoup parlé du rôle des anaérobies dans l'appendicite et l'on connaît les heureux résultats du sérum antigangreneux dans ses formes graves ; on s'est demandé en conséquence si, dans la fièvre typhoïde certaines aggravations à type intestinal ne pourraient pas être dues à l'association de ces deux infections typhique et gangreneuse. En effet, dans les infections expérimentales, ces deux microbes se renforcent mutuellement (Weinberg). T. et A. ont appliqué le sérum antigangreneux à un certain nombre de cas sans résultats bien différents des résultats habituels. Ils ne croient donc pas à cette action réciproque dans la fièvre typhoïde de l'homme. Jamais, en effet, ils n'ont pu dépister le perfringens par l'hémoculture et la prédominance du perfringens, dans les matières, n'avait aucun retentissement sur l'évolution de la maladie. De même pour la virulence de ce même perfringens. Jusqu'à plus ample informé, tout en reconnaissant la justesse des conclusions de Weinberg dans le domaine de l'expérimentation, ils se refusent à adopter ses idées et touchant la médecine humaine.

M. Nathan.

A MEDICINA CONTEMPORANEA

A. S. Ramos. *Contribution à l'étude de la pathogénie et du traitement de l'ulcère phagédénique et du granulome ulcéreux ; ulcères réniformes et injections sclérosantes* (*A Medicina contemporanea*, 25 Août 1929). — Les travaux antérieurs avaient surtout en vue la bactériologie de ces ulcérations souvent fort étendues et la thérapeutique s'attachait surtout à stériliser ces pertes de substance. S. se garderait bien de négliger cette partie du traitement, qui n'a rien perdu de son importance. Toutefois il est un point dont on n'a pas tenu suffisamment compte, c'est que l'ulcère s'étend par son bord convexe, qui reste mou, bourgeonne mal, tandis

PRESCRIVEZ A VOS MALADES :

Les Bains Carbo-Gazeux de ROYAT

A DOMICILE

POUR PRÉPARER OU PROLONGER LES EFFETS BIENFAISANTS DE LA CURE A LA STATION (Saison Avril-Octobre)

Tous TROUBLES CIRCULATOIRES ET DYSCRASIES SANGUINES

UNE BOITE DE CURE : 20 BAINS — *UN ÉTUI : 2 BAINS*

Échantillons et Littérature : Cie des Eaux minérales ROYAT (Auvergne)



DIGI-MIAL-BAINE

Association de la digitaline **Petit-Mialhe** et de l'**Ouabaïne** X à XXX gouttes par jour.

MIAL BAINE

Oubaïne XXX à CL gouttes par jour.



VIANDE

QUINQUINA

PHOSPHATES

PARIS 5, Avenue Victoria — R. C. Seine N° 209.106



L'ALIMENT PAR EXCELLENCE

contient toutes les vitamines du lait d'origine avec addition d'une quantité uniforme de vitamine D.

Alimentation intégrale et allaitement mixte du nourrisson. Le protège contre l'Entérite, les Vomissements, la Diarrhée.

Osteline

vitamine D biologiquement contrôlée

Présentée sous deux formes

EN GOUTTES : nourrissons — **EN COMPRIMÉS** : adultes : grands enfants

4 gouttes ou un comprimé d'Osteline équivalent en Vitamine D à une cuillerée de l'huile de foie de morue

Littérature et Échantillons : **A.-F. & P. KAHN, 11, rue Bergère, PARIS. — Tél. : Prov. 29-98. — R. C. : Seine 240.361 B.**

qu'il tend plutôt à se cicatriser par son bord concave qui est sclérosé ; d'où l'idée de provoquer la sclérose du bord convexe au moyen de bi-iodure de mercure en même temps que l'on poursuit le traitement stérilisant par la radiothérapie et les sels d'antimoine.

Le point délicat du traitement est d'injecter ces quelques gouttes de bi-iodure de mercure à 2 p. 100, ni trop superficiellement ni trop profondément, de façon à éviter les grosses escarres qui ralentissent la cicatrisation au lieu de la hâter. Les injections doivent être répétées tous les 8 ou tous les 15 jours suivant les cas. S. s'est convaincu de l'efficacité de la méthode en ne traitant que certaines parties de certains ulcères ; l'état du reste de la plaie lui servait de terme de comparaison. 3 observations avec photographies aux différents stades de la cicatrisation.

M. Nathan.

THE BRITISH MEDICAL JOURNAL
(Londres)

A. C. Haddow (Leeds). ***Aspects cliniques de l'asbestose pulmonaire*** (*The British medical Journal*, n° 3586, 28 Septembre 1929). — H., exerçant dans une ville de manufactures de tissus, a observé plusieurs cas d'asbestose pulmonaire, vérifiés par examen des crachats et quelques-uns par l'autopsie.

Le début se fait d'ordinaire après 5 ans de travail dans une usine; mais, dans certains cas, un examen systématique peut la révéler plus tôt. C'est d'ordinaire à l'occasion d'une grippe banale que l'on découvre la maladie, car elle coïncide avec une accentuation des symptômes. Ces signes sont ceux d'une bronchite chronique, avec en outre une *anorexie* très marquée, qui est le symptôme principal de l'asbestose.

La maladie une fois reconnue, le sujet peut vivre encore plusieurs années, mais l'évolution se fait peu à peu vers la mort, avec accentuation de l'émaciation, de l'insomnie, de l'asthénie. La tuberculose est très rare.

Le traitement est purement palliatif : il faut essayer plutôt de prévenir l'apparition de la maladie en invitant les ouvriers à observer exactement les prescriptions d'hygiène indispensables.

R. Rivoire.

S. Handley : ***La stase lymphatique précurseur du cancer*** (*The British medical Journal*, n° 3587, 5 Octobre 1929). — H., chirurgien d'un hôpital de cancéreux et célèbre pour ses études sur le cancer (c'est lui qui notamment a démontré la propagation lymphatique des néoplasmes), expose dans ses grandes lignes une théorie personnelle de l'étiologie du cancer : il n'a pas la prétention d'expliquer tout, mais il donne une hypothèse de travail, qui permet de relier entre eux tous les faits épars que forment en ce moment nos seules notions certaines sur le cancer.

Pour bien saisir l'idée de H., il faut se représenter l'être humain comme une colonie de cellules, régie par une loi librement consentie, très analogue en somme à une société humaine. Il est certain d'ailleurs qu'il ne s'agit pas là seulement d'une comparaison, mais que cela correspond à une réalité.

Chaque cellule de cette colonie a en elle deux désirs essentiels : celui de se nourrir et celui de se diviser; mais ces deux désirs sont canalisés, ordonnés, alors qu'ils sont anarchiques chez l'être unicellulaire.

Il y a en somme une sorte de contrat implicite entre toutes les cellules humaines, en vertu duquel chaque cellule se spécialise et accomplit fidèlement sa tâche, à condition qu'elle reçoive sa part de nourriture et d'hormones nécessaires à sa subsistance.

Mais si, à un moment donné de la vie de l'être, le contrat vient à être rompu; si une partie de l'organisme ne reçoit plus sa dose d'hormones, les cellules de cette partie du corps reprendront leur liberté, abandonneront leur spécialisation et pourvoiront en parasites à leur nourriture, en même temps qu'elles se reproduiront abondamment. Il y aura ainsi un élément anarchique dans la colonie cellulaire, de même que dans une société humaine moins prospère apparaîtront les éléments de désordre.

Quelle peut être la cause déterminante de cette rupture de contrat? H. l'attribue à une stase lymphatique, due à l'obturation des capillaires lymphatiques : d'où gêne de la circulation, augmentation de la pression intercellulaire, diminution de la quantité d'oxygène et d'hormones nécessaires aux échanges cellulaires.

Cette condition est réalisée de façon expérimentale dans le lupus érythémateux, qui se complique souvent de cancer.

Les états précancéreux seraient donc avant tout une stase lymphatique localisée, suivie de papillome.

Il serait trop long d'entrer dans le détail des explications fournies par Handley. Mais il est certain que son hypothèse, très ingénieuse, explique bien quantité de faits disparates, et à ce titre elle mérite d'être connue et vérifiée.

R. Rivoire.

BRATISLAVSKÉ LEKARSKE LISTY
(Bratislava)

Derer. ***Rhabdomyosarcome mélanique de l'orbite*** (*Bratislavské Lekarske Listy*, tome IX, n° 12. Décembre 1929). — L'auteur décrit un cas de rhabdomyosarcome mélanique de l'orbite, issu du muscle droit inférieur, observé chez un garçon de 17 ans. La tumeur, placée sagittalement au-dessous du globe oculaire, ressemblait à une grosse datte par sa forme et par son volume. Image histologique : à la surface, mince gaine conjonctive; au-dessous, masse de structure sarcomateuse typique, à cellules rares ; la tumeur était fortement pigmentée : pigment tantôt amorphe, tantôt groupé par places en assez gros fragments entre les cellules, dans la trame conjonctive et entre les fibres musculaires. La préparation histologique de la récidive montra la même structure, mais avec un peu moins de pigment.

L'intérêt de ce cas réside dans : 1° le fait qu'on a pu établir, presque avec certitude, que la tumeur provenait du muscle droit inférieur, dont elle suivait les mouvements, tandis qu'elle n'avait pas de rapports avec les parties voisines ; 2° la pigmentation ; 3° l'évolution favorable : aucune réapparition depuis l'opération de la récidive, pratiquée il y a presque 2 ans 1/2.

ACTA MEDICA SCANDINAVICA
(Stockholm)

S. Stenberg. ***Psychoses et lipoïdes du sang : variations quantitatives de la cholestérine totale et des acides gras totaux dans le sang*** (*Acta medica scandinavica*, tome LXXVII, n° 1, Septembre 1929). — Les malades examinés, au nombre de 91, dont 76 femmes, étaient atteints soit de psychose maniaco-dépressive, soit de démence précoce ; 34 sujets normaux ont servi de témoins. Les analyses ont été faites par le procédé de Bang-Blix. Les résultats ont été traités par les méthodes de l'analyse statistique. Les sujets ont été groupés d'après le sexe, le taux des acides gras étant plus élevé chez la femme.

Chez 14 sujets atteints de psychose maniaco-dépressive, S. a trouvé une augmentation nette de la cholestérinémie qui fait place à une valeur normale pendant les rémissions de la maladie (7 cas).

Les cas de démence précoce, au nombre de 62, examinés en bloc et comparés aux sujets normaux, montrent une augmentation de la cholestérine. Le taux de la cholestérinémie est plus élevé dans les cas récents que chez les témoins; il devient normal chez les malades examinés pendant les rémissions (4 cas). Les cas de longue durée dépassant deux ans (38 cas) pris en bloc ne montrent guère de différences significatives d'avec les sujets normaux ; mais si l'on pousse plus loin l'analyse, on constate que les cas où il existe de la dépression au point de vue émotionnel, s'accompagnent d'une cholestérinémie inférieure à la normale, tandis que les cas où il y a de l'excitation émotionnelle forment un groupe dans lequel la cholestérinémie est supérieure à la normale, le taux de la cholestérine étant voisin de la normale lorsqu'il n'y a pas de troubles de l'état émotionnel. Mêmes constatations chez les hommes, mais ici le nombre de cas est trop peu élevé pour fournir des conclusions aussi nettes.

Si l'on groupe tous les psychopathes se trouvant dans un état d'exaltation émotionnelle, on voit que chez eux le taux des acides gras aussi bien que celui de la cholestérine est augmenté. Il existe donc un rapport entre l'excitation émotionnelle et les quantités respectives de lipoïdes. De même, si l'on groupe les malades d'après le taux de la cholestérine et des acides gras, on trouve que la catégorie qui présente des taux élevés est formée surtout par des patients en état d'exaltation émotionnelle et celle où les taux sont abaissés par des malades déprimés au point de vue émotionnel.

D'autre part, il existe une corrélation étroite entre le taux de la cholestérine et celui des acides gras.

Il est indiqué de rechercher, si, comme il est probable, les troubles émotionnels dans les autres psychoses s'accompagnent d'une variation analogue de la teneur du sang en lipoïdes selon l'état émotionnel.

S. se demande en terminant si l'insuline ne pourrait pas rendre service chez les mentaux en état d'exaltation émotionnelle à cholestérinémie exagérée.

P.-L. Marie.

ACTA SOCIETATIS MEDICORUM FENNICÆ « DUODECIM »
(Helsingfors)

Anne Staven Grönberg. — ***Recherches cliniques sur l'effet somnifère des préparations de houblon*** (*Acta Societatis medicorum fennicae « Duodecim »*, tome XI, n° 2, 1929). — L'auteur a examiné plusieurs substances isolées du houblon ainsi que des extraits et des dialysats, au point de vue de leurs effets somnifères. Elle put constater que la combinaison de dialysats de houblon et de valériane, sous forme de pilules ou de tablettes, était la plus efficace. On faisait prendre aux sujets en observation de 3 à 5 pilules à 7 et à 9 heures du soir. Pour éviter la suggestion, on donnait alternativement des pilules ne contenant pas d'extrait actif et des pilules efficaces.

Les 354 sujets soumis à ces expériences étaient des malades souffrant d'insomnie et traités dans le sanatorium de tuberculeux de Halila.

Dans 51,7 pour 100 des cas, l'effet était satisfaisant; dans 31,9 pour 100 des cas, l'amélioration était évidente; dans 16,4 pour 100, l'action était à peu près nulle. Les préparations ont donné les meilleurs résultats lorsqu'il s'agissait d'insomnies du soir, de moins bons dans les insomnies totales, les insomnies matinales se montrant les plus réfractaires, sans que cependant les différences de l'effet fussent très grandes dans les différentes formes ou suivant la gravité des cas.

Enfin, les pseudo-pilules furent sans effet, tandis que presque tous les malades dormirent bien après avoir pris les pilules de houblon.

En outre, on peut noter que les préparations de houblon ralentissent sensiblement le pouls dans la tachycardie nerveuse et calment la toux.

Voici les conclusions finales de l'auteur : l'effet des préparations de houblon est relativement lent ; la durée et la profondeur du sommeil sont satisfaisantes, les effets secondaires presque nuls ; ces préparations se sont donc montrées de bons soporifiques que l'on peut recommander surtout dans les cas d'insomnie légers et moyens.

G. Basch.

Toivo Tyrni. ***L'effet de l'adrénaline sur l'excrétion rénale d'eau et de sel*** (*Acta Societatis medicorum fennicae « Duodecim »*, tome XII, n° 1, 1929). — Les sujets examinés reçurent, 48 heures avant l'épreuve, des quantités déterminées de boisson. Dix heures avant l'épreuve, et durant toute sa durée, ils durent s'abstenir de toute alimentation. On a recueilli leur urine toutes les heures, et la durée de l'expérience a été de 5 à 13 heures. Le premier jour, on leur administra une injection d'une solution d'adrénaline à 1 pour 100 ; le second jour, une injection de sérum physiologique. On mesura ensuite la tension artérielle. Le taux du


Médication
Anti-Bacillaire
AZOTYL
AZOTYL
en Ampoules pour Injections sous-cutanées
ou intra-musculaires et en Pilules kératinisées
à base de :
Hyperactivé
par irradiation
aux rayons
U. V.

sel était déterminé selon la méthode de Volhard. Furent considérées comme cas normaux les personnes bien portantes chez lesquelles une injection intraveineuse de 0 gr. 005 d'adrénaline ne produisit aucune modification de la tension artérielle ni de la respiration. L'examen proprement dit porta sur des malades divers, qui furent divisés en sujets hypersensibles et non sensibles à l'adrénaline suivant qu'une injection intraveineuse de 0,005 d'adrénaline fit monter la tension ou non.

Voici les résultats des examens :

A. L'excrétion d'urine d'*une personne normale* :

1° Dans les conditions précitées, après un jeûne de 10 heures et au cours des 8 heures suivantes, est à peu près régulière ; la densité de l'urine augmente pendant les premières heures, pour ne plus changer, le taux du sel restant aussi à peu près le même;

2° Après une injection d'adrénaline intramusculaire, l'excrétion diminue considérablement, surtout au cours des deux premières heures (en moyenne de 55 pour 100); la densité de l'urine diminue nettement, ainsi que sa teneur en NaCl (en moyenne de 21 pour 100).

B. Chez les *personnes hypersensibles à l'adrénaline* :

1° Après un jeûne de 10 heures et une injection de sérum physiologique, l'excrétion est assez régulière; la densité de l'urine et le taux du sel restent à peu près les mêmes;

2° Après une injection intramusculaire d'adrénaline, surtout au cours des deux premières heures, l'élimination d'urine est, soit très augmentée (en moyenne 91 pour 100), soit diminuée (en moyenne 41 pour 100). La densité s'abaisse nettement ainsi que la teneur en sel (en moyenne de 20 à 22 pour 100).

C. Chez les *personnes non sensibles à l'adrénaline* :

1° Après un jeûne de 10 heures et des injections de sérum physiologique, l'élimination d'urine est normale;

2° Après une injection d'adrénaline intramusculaire, l'élimination est considérablement diminuée au cours des deux premières heures (52 pour 100 en moyenne) ; en même temps, la densité et la teneur en sel diminuent visiblement (24 pour 100 en moyenne).

G. Basch.

POLSKA GAZETA LEKARSKA

(Varsovie)

W. Mikulowski. ***Les affections cérébrales au cours de la coqueluche*** (*Polska Gazeta Lekarska*, tome VIII, n° 16 du 16 Juin, n° 25 du 23 Juin et n° 26 du 30 Juin 1929). — Dans un long article illustré de nombreuses observations, M. apporte des faits cliniques et des constatations anatomiques pour appuyer sa thèse au sujet de la gravité de la coqueluche.

La coqueluche n'est pas une affection banale d'une durée de 6 semaines ; au contraire, très fréquemment c'est une maladie de longue durée par ses rechutes et qui présente tous les caractères d'une maladie infectieuse.

Les complications cérébrales qu'on rencontre au cours de la coqueluche doivent être attribuées à l'action toxi-infectieuse du virus coquelucheux sur le cerveau, le système nerveux et le système circulatoire.

L'opinion généralement admise de l'action mécanique de la toux, déterminant la congestion et l'œdème du cerveau et des ruptures vasculaires, peut expliquer les états encéphalopathiques de la coqueluche; mais c'est incontestablement une conception insuffisante : toute une série de circonstances cliniques sont en désaccord avec cette hypothèse trop simple.

A l'exemple de la fièvre typhoïde dont l'hémorragie intestinale peut quelquefois être attribuée à certains états de dyscrasie sanguine déterminée par le fonctionnement défectueux du foie d'origine toxique, la pathogénie des hémorragies constatées au cours de la coqueluche peut être mise également sur le compte de l'action des toxines pathogènes.

Fribourg-Blanc.

S. Maternowska. ***L'anaphylaxie contre le bouillon*** (*Polska Gazeta Lekarska*, tome VIII, n° 27, 7 Juillet 1929). — Au cours d'une étude expérimentale faite sur des cobayes injectés avec de la tuberculine de Calmette, M. constate qu'à la suite de plusieurs injections sous-cutanées de A. T, les animaux manifestent une hypersensibilisation se traduisant par une réaction générale, et localement, par des manifestations analogues du phénomène d'Arthus.

Cette réaction, se substituant plus tard à la réaction intradermique due à la tuberculine, peut devenir une importante cause d'erreur pour déterminer l'allergie de l'animal. La confusion ne peut être évitée que par une analyse minutieuse des caractères et de l'évolution des deux réactions qui, en réalité, n'ont rien de commun.

L'anaphylaxie locale et générale n'est pas due à l'albumine du bacille tuberculeux contenue dans une tuberculine ancienne, car on peut la provoquer par des injections équivalentes de bouillon glycériné de contrôle.

L'hypersensibilité au bouillon se constitue également lorsqu'on sensibilise les animaux déjà contaminés à l'aide de très petites doses en injection intradermique. Chez l'animal sain, l'anaphylaxie peut être provoquée uniquement à l'aide de doses massives injectées sous la peau. Les injections intradermiques ne sensibilisent pas.

Ce phénomène mériterait d'attirer l'attention, tant au point de vue de l'observation sur les animaux qu'au sujet de l'emploi de la vieille tuberculine.

Fribourg-Blanc.

H. Hilarowicz et M. Szajna. ***Les corps gras et les lipoïdes dans les tumeurs malignes et leur rôle dans le pronostic (pronostic chimique)*** (*Polska Gazeta Lekarska*, tome VIII, n°s 37 et 38 du 22 Septembre 1929). — Le pronostic dans l'évolution des tumeurs est une question importante intéressant autant le malade que le médecin. Les nombreux travaux qui ont été consacrés à cette question visent surtout le pronostic histologique. Par contre, ceux qui envisagent le rapport de la malignité de la tumeur avec sa composition chimique sont peu nombreux. Rollo et Brault, Schutzenberger étudient la teneur en glycogène. Clowes et Friesbie, Wolf, Trosier et Watermann se tournent du côté des corps inorganiques et étudient les ions de potassium et de calcium. Ces études ne jettent pas une lumière éclatante sur la question, pas plus que les recherches sur les réactions chimiques du sérum sanguin (Bothelo, Rolf, Fischer).

H. et S, frappés par l'abondance des lipoïdes dans les cellules jeunes, orientent leurs recherches de ce côté et se proposent d'étudier les relations qui existent entre la malignité des tumeurs et la richesse de leurs réserves en graisse et en lipoïdes. Ils préparent des extraits alcoolo-éthérés des tumeurs et les comparent aux extraits analogues des tissus normaux ou des tumeurs bénignes en dosant les substances graisseuses à l'aide de la méthode de Bang. Il résulte de cette expérimentation qu'effectivement la quantité des graisses et des lipoïdes dans les tumeurs malignes est sensiblement supérieure à celle qu'on trouve dans les tumeurs bénignes ou dans les tissus normaux et que cette abondance est particulièrement accusée dans les tumeurs dont l'évolution clinique se montre sévère et rapide. H. et S. soulignent un fait intéressant à constater : les tumeurs qui sont en voie de dégénérescence contiennent moins de substances graisseuses et de lipoïdes que les tumeurs dont la structure cellulaire garde un état d'intégrité parfaite.

Fribourg-Blanc.

VRATCHÉBNAIA GAZETA

(Léningrade)

F. M. Ganskau. ***Constitution et bilirubinémie*** (*Vratchebnaïa Gazeta*, n° 15, 1929). 142 étudiantes ont été soumises à l'examen de leur état de bilirubinémie. En cas de grossesse, de même que pendant la période de menstruation, les recherches n'eurent pas lieu. L'âge variait entre 20 et 35, avec un maximum de 20 à 25.

Au type hypersthénique appartenaient 31 étudiantes avec une bilirubinémie moyenne de 3 mg. 54 pour 100. Les 83 étudiantes normosthéniques ont donné une moyenne plus élevée, soit 3 milligr. 01; enfin, les 28 asthéniques ont présenté un chiffre encore plus élevé qui s'est traduit par une moyenne de 4 milligr. 05. Il n'y a donc pas de doute que le sang des asthéniques se trouve plus riche en bilirubine que celui des hypersthéniques.

Les recherches répétées sur un deuxième groupe de 220 personnes (165 hommes et 56 femmes) confirmèrent les résultats enregistrés chez les étudiantes. Il a été possible de distinguer nettement une variation de la bilirubinémie en relation avec la constitution.

Si l'on compare les mêmes types, mais des sexes opposés, l'on voit que les femmes hypersthéniques présentent une bilirubinémie plus marquée que les hommes de la même catégorie constitutionnelle. En ce qui concerne les asthéniques, les relations sont inverses. Ajoutons que l'âge ne joue aucun rôle caractéristique.

G. Ichok.

A. P. Smirnova et E. P. Tcherniaeva. ***Constitution et groupes sanguins (iso-agglutination)*** (*Vratchebnaïa Gazeta*, n° 15, 1929). — Comme on le sait, en se basant sur l'agglutination ou la non-agglutination de leurs globules, on peut répartir tous les individus de l'espèce humaine en un certain nombre de groupes, caractérisés par le fait que tous les individus qui le composent ont des sangs ne s'agglutinant pas entre eux et ont sur les autres groupes les mêmes propriétés agglutinantes. C'est ainsi qu'il existerait, dans le sang humain, deux facteurs A et B qui peuvent se manifester soit séparément, soit ensemble ou faire défaut complètement, c'est-à-dire que l'on peut rencontrer des globules appartenant respectivement aux groupes A, B, AB, ou 0 (zéro) (non A, non B).

S. et T. ont examiné 705 étudiants, dont 733 hommes et 272 femmes, tous en bonne santé, de l'âge de 18 à 40 ans. Le groupe sanguin 0 a été présenté par 279 personnes; A = 217; B = 163; AB = 46. Les 3 types constitutionnels étaient présentés de la façon suivante : 94 hypersthéniques, 504 normosthéniques et 107 asthéniques. Sans entrer en détails, disons que le groupe sanguin 0 domine chez les hypersthéniques, tandis que les asthéniques se distinguent par la fréquence des groupes A et B.

G. Ichok.

ARCHIVES OF INTERNAL MEDICINE

(Chicago)

E. G. Bannik et C. H. Greene. ***Insuffisance rénale associée à l'albuminurie de Bence-Jones*** (*Archives of internal Medicine*, tome XLIV, n° 4, Octobre 1929). — Beaucoup d'auteurs ont souligné l'importance de la recherche de l'albumine de Bence-Jones dans l'urine lorsqu'il existe une albuminurie marquée, avec anémie secondaire sans autres signes d'insuffisance rénale. On a pu ainsi reconnaître assez souvent la présence de cette albumine et dépister bien des cas de myélomes multiples qui autrement seraient passés inaperçus Mais on a trop insisté sur « l'absence d'autres signes d'insuffisance rénale » et on est trop porté à oublier l'albumine de Bence-Jones et la possibilité du myélome multiple lorsqu'il y a des signes d'insuffisance rénale autres que la présence d'albumine. On pense trop souvent alors à quelque variété de néphrite et l'on néglige de rechercher l'albumine de Bence-Jones. C'est ce que montre le travail de B. et G., basé sur l'observation de 13 cas de myélome multiple observés à la Clinique Mayo et où existaient des symptômes divers d'insuffisance rénale accompagnés d'albuminurie de Bence-Jones.

Cette association, qui est donc loin d'être rare, se manifeste d'ordinaire par le tableau clinique suivant :

albuminurie importante, anémie secondaire plutôt marquée, azotémie, retard de l'élimination de la phénolsulfonephtaléine, œdèmes nuls ou légers, hématurie absente ou faible, hypertension ou rétinite. Ce tableau semble d'habitude traduire l'existence d'un processus de destruction rénale, soit de destruction des tubuli avec sclérose consécutive, soit de pyélonéphrite. Dans certains cas, il peut s'y associer de l'hypertension et de l'artério-sclérose. L'apparition d'une véritable glomérulo-néphrite est rare.

On doit rechercher l'albuminurie de Bence-Jones chez tous les malades présentant ce syndrome et dans tous les cas où il existe une albuminurie intense, surtout quand celle-ci s'associe à de l'anémie. De cette façon on arrivera à reconnaître bien des cas d'albuminurie de Bence-Jones qui passent inaperçus actuellement.

La présence dans le sang de l'albumine de Bence-Jones fut constatée chez 70 pour 100 des malades. L'augmentation du taux des albumines du sérum n'est pas un caractère constant; elle est même plutôt peu fréquente. Lorsqu'elle existe, elle semble due à l'accroissement de l'ezglobuline. On ne trouve apparemment pas de rapport constant entre la présence d'albumine de Bence-Jones dans le sang et l'existence manifeste d'une insuffisance rénale.

P. L. Marie.

S. S Berger et M. H. Fineberg. ***Effet du chlorure de sodium sur l'hypertension*** (*Archives of internal Medicine*, tome XLIV, n° 4, Octobre 1929). — Ambard et Beaujard ont soutenu qu'il existait un rapport direct entre la rétention du NaCl dans l'organisme et le niveau de la pression artérielle. De nombreux cliniciens français, ainsi qu'Allen et ses élèves en Amérique, traitent les hypertendus par la réduction du sel dans le régime. Par contre, Moxenthal, O'Hare, etc., se sont élevés contre cette thérapeutique; ils estiment que le sel peut être donné sans inconvénient en grandes quantités aux hypertendus, s'il n'y a ni complications ni séquelles de l'hypertension.

B. et F. ont, de leur côté, cherché à déterminer les effets des variations du NaCl dans le régime, chez 11 sujets atteints d'hypertension essentielle, un de néphrose et un autre de glomérulo-néphrite aiguë avec hypertension, tous les autres facteurs restant aussi constants que possible. Les patients furent soumis à un régime pauvre en sel (moins de 2 gr par jour) ou très pauvre en sel (moins de 1 gr.), puis à une alimentation additionnée de quantités diverses de sel s'élevant jusqu'à 30 gr. par jour, pendant un temps assez long pour voir s'il existait un rapport entre la pression et le régime, en s'entourant de grandes précautions pour garantir la valeur des résultats trouvés et pour éliminer l'influence de l'équation personnelle dans la lecture des pressions.

Dans un seul des cas d'hypertension essentielle, on constata une chute notable de la pression (de 18,5 maxima — 10,2 minima à 15,6 maxima — 9,9 minima) semblant due à la pauvreté du régime en NaCl. Dans un autre cas, il y eut une chute marquée de la pression systolique, mais la durée d'observation fut trop brève chez ce sujet. Dans un troisième cas, la pression tomba lorsque le malade présenta des signes accentués de carence en NaCl (anorexie, asthénie intense, etc.), mais elle remonta ensuite au niveau primitif lorsque le malade s'améliora sous l'effet de l'addition de sel à l'alimentation. Dans les autres cas, la réduction de sel ne se traduisit par aucun effet appréciable sur la pression. Il en fut de même pour l'addition du sel en quantités dépassant celles qui sont consommées normalement.

Chez le malade atteint de néphrose, l'œdème varia avec la quantité de NaCl du régime, mais la pression ne fut pas influencée.

L'administration de sel par la bouche et dans les veines, dans le cas de néphrite aiguë hémorragique, n'eut aucun effet sur le niveau de la pression artérielle.

Enfin, B. et F. estiment que le niveau initial des chlorures du plasma n'a pas de rapport avec l'évolution ultérieure du malade.

P.-L. Marie.

ARCHIVES OF DERMATOLOGY AND SYPHILOLOGY
(Chicago)

Lane. ***Erythème palmaire héréditaire*** (*Archives of Dermatology and Syphilology*, tome XX, n° 4, Octobre 1929). — L. a noté chez deux hommes un érythème particulier de la face palmaire des mains de coloration rouge vif, et qui se termine brusquement du côté du poignet et des bords des mains. La coloration est si vive qu'à distance on peut croire à une inflammation aiguë; la rougeur paraît due à la présence du sang dans les capillaires dilatés, mais on n'observe aucune télangiectasie visible à l'œil nu. La peau de la paume des mains paraît d'apparence normale à la vue et au toucher; pas d'hyperhidrose, de desquamation ni de kératose. La plante des pieds est indemne. Cet érythème semble dû à une paralysie vaso-motrice congénitale, héréditaire ou acquise. Le 1er malade raconta que sa sœur avait la même lésion; le 2e malade signala que son père et une de ses sœurs avaient également les paumes des mains rouges.

R. Burnier.

J. Skeer. ***Lichen scrofulosorum traité par les sels d'or*** (*Archives of Dermatology and Syphilology*, tome XX, n° 4, Octobre 1929). — Un enfant de 8 ans présentait des lésions de lichen scrofulosorum en plaques disséminées sur le bras droit, la région claviculaire, l'épaule, les cuisses, les jambes. La biopsie confirma le diagnostic. On fit une injection intramusculaire de 10 milligr. de thiosulfate d'or et de sodium, le petit malade se refusant à une injection intraveineuse. La réaction locale fut très minime. On continua le traitement pendant quatre mois, à la dose de 10 milligr. par semaine. Les lésions s'effacèrent rapidement.

Il est donc rationnel d'employer les sels d'or dans le lichen scrofulosorum qui est nettement d'origine tuberculeuse.

R. Burnier.

Finnerud. ***Perlèche*** (*Archives of Dermatology and Syphilology*, tome XX, n° 4, Octobre 1929). — La perlèche est habituellement considérée comme une infection causée par le *Streptococcus plicatilis* de Lemaistre.

F., sur 100 enfants atteints de perlèche accompagnée souvent de lésions séborrhéiques du menton et de la joue, trouva dans 77 pour 100 des cas des *Cryptococcus* ou des *Monilia*, après ensemencement sur divers milieux; dans 5 cas il s'agissait d'*Oidium*. Chez 9 enfants, F. put reproduire la maladie avec des cultures de *Cryptococcus* et de *Monilia*. Ces recherches montrent donc le rôle pathogène possible de ces levures ou champignons levuriformes qui existent normalement comme saprophytes et qui peuvent devenir virulents et déterminer une épidémie.

R. Burnier.

MEDICAL JOURNAL AND RECORD
(New-York)

Henry Wilderman (Philadelphie). ***Inflammation pelvienne et son traitement moderne*** (*Medical Journal and Record*, tome CXXX, n° 3, 7 Août 1929). — Salpingite, ovarite, pelvi-péritonite et cellulite pelvienne sont si souvent intimement associées, leurs symptômes sont si semblables et, d'une façon générale, le traitement à appliquer est tellement de même ordre qu'il est possible de grouper toutes ces lésions sous le terme compréhensif d'inflammation pelvienne.

Pronostic et traitement dépendent beaucoup de l'étiologie qu'il faut s'efforcer de déterminer. Le gonocoque est responsable d'environ 75 pour 100 des cas. Ensuite, il s'agit d'une infection septique utérine consécutive à un accouchement ou un avortement. Plus rarement, l'infection vient d'un foyer à distance : streptococcie ou tuberculose.

W. insiste sur l'importance de l'expectation qui permet d'éviter des opérations inutiles qui ne sont pas sans danger : 15 pour 100 des cas guérissent tout seuls. Dans 70 pour 100 des cas l'affection tubaire devient stérile si on lui en donne le temps. Le taux de la mortalité opératoire dans les salpingites est beaucoup plus élevé dans l'opération à chaud que pour les cas auparavant refroidis.

Les avortements fébriles sont toujours dangereux. L'examen initial doit être fait avec précaution. De graves hémorragies peuvent être arrêtées par tamponnement avec de la gaze aseptique ou iodoformée. Si un nouvel examen vers le 3e ou 5e jour ne révèle pas de complication ni de sensibilité péri-utérine, le curettage est pratiqué malgré la fièvre. Plus on retarde l'opération, plus il y a de chances pour que l'opération soit conservatrice.

Robert Clément.

SAO PAULO MEDICO

Annes Dias. ***Auto-intoxication d'origine duodénale*** (*Sao-Paulo Medico*, tome II, n° 2, Juin 1929). — Après avoir étudié brièvement la séméiologie des types aigu et subaigu de l'auto-intoxication d'origine duodénale, l'auteur passe en revue les différentes théories invoquées pour expliquer ces différents troubles (exaltation de la virulence des microbes en cavité close, résorption du contenu duodénal, etc.).

L'étude plus approfondie du syndrome humoral révèle la présence d'hypochlorurémie et d'hyperazotémie. Ce syndrome, il l'a déjà discuté au cours d'un article précédent paru dans le *Brazil Medico* et analysé ici même. Le 1er acte serait là encore, comme au cours de l'azotémie chloropénique, une désintégration cellulaire marquée qui déverserait dans l'organisme des produits azotés en abondance. L'organe lésé appellerait à son secours la presque totalité des chlorures du sang et du tissu interstitiel susceptible de saturer et de neutraliser, dans une certaine mesure, les substances azotées toxiques. On connaît l'action, pourrait-on dire héroïque, des injections chlorurées hypertoniques sur les phénomènes toxiques de l'occlusion. Le déficit chloruré n'est donc pas le *primum movens* puisque les viscères et plus particulièrement les viscères touchés en regorgent. L'appel au chlorure constitue une des défenses de l'organisme.

Toutefois, en pareil cas, l'administration de chlorures en abondance ne dispense pas du traitement de la cause de l'occlusion, qui sera, suivant les cas, médical ou chirurgical.

M. Nathan.

JAPANESE JOURNAL OF DERMATOLOGY & UROLOGY
(Tokio).

Hachimoto et Numata. *Un cas de zona généralisé* (*Japanese Journal of Dermatology and Urology*, tome XXIX, n° 8, Août 1929). — Un homme de 44 ans présenta, le 6 Juillet, des douleurs et une rougeur de la moitié droite du front et de la paupière supérieure, sur lesquels apparurent des vésicules plus ou moins confluentes. 4 jours après l'apparition des premiers vésicules qui devinrent bientôt purulentes et gangréneuses, survinrent des vésicules disséminées sur la face, le tronc et les extrémités, ressemblant absolument à une varicelle.

Le malade fut admis le 16 Juillet à l'hôpital et ses 2 enfants, de 1 et 8 ans, furent atteints de varicelle au bout de 7 et 21 jours. Un malade, couché à côté de lui, à l'hôpital, présenta un zona sus-claviculaire, mais sans varicelle.

L'inoculation du contenu des vésicules à la cornée du lapin amena une kératite, des troubles moteurs, de la gangrène testiculaire et la mort de l'animal.

Le liquide céphalo-rachidien du malade était clair et contenait 127 cellules, 2 gr. d'albumine; les réactions de Nonne-Apert et de Pandy étaient positives, le Wassermann négatif.

Les vésicules secondaires généralisées guérirent plus rapidement que les vésicules primitives et, après la guérison avec cicatrices, de vives douleurs névralgiques persistèrent pendant 8 mois.

R. Burnier.

KYMOSINE ROGIER

A base de FERMENT LAB ET SUCRE DE LAIT PURIFIÉS

Ferment naturel sélectionné pour le Régime lacté

Rend le lait de vache absolument digestible facilite la digestion du lait de femme chez le nouveau-né

CHEZ L'ADULTE	CHEZ L'ENFANT
Dans tous les cas où le régime lacté est nécessaire : Affections du Cœur, du tube digestif, des Reins, Albuminurie, Artériosclérose.	Vomissements, Gastro-entérite, Athrepsie, Choléra infantile.

Mode d'emploi : Pour le lait de vache, une cuillerée-mesure dans 200 c.c. de lait tiédi à 40° ; agiter vigoureusement jusqu'à disparition du caillot.

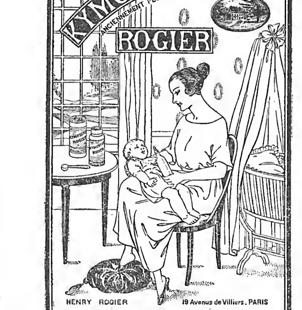
Pour le lait de femme : Une pincée de Kymosine dans une cuillerée à café d'eau ou de lait de la nourrice avant chaque tétée.

HENRY ROGIER

Docteur en Pharmacie

Ancien interne des hôpitaux de Paris.

56, Boulevard Péreire — PARIS



Le Gardien Vigilant

MÉNOPAUSE — Apploïne

PRURITS — Nisaméline

GASTRO-ENTÉRITES — Papaïne

DE TROUETTE-PERRET

LITTÉRATURE & ÉCHANTILLONS :

15, Rue des Immeubles-Industriels, PARIS (XIe)

R. C. Seine 14.062

REVUE DES JOURNAUX

GAZETTE DES HOPITAUX
(Paris)

R. Simon (Strasbourg). ***Atélectasie pulmonaire post-opératoire tardive*** (*Gazette des Hôpitaux*, tome CII, n° 104, 28 Décembre 1929). — Les cas d'atélectasie pulmonaire post-opératoire publiés en France sont encore fort rares. Aussi croyons-nous bon de publier l'intéressante et toute récente observation de S. :

Un homme de 73 ans est opéré, le 13 Novembre 1929, de gastro-entérostomie au bouton de Jaboulay, sous anesthésie locale, pour sténose pylorique due à un cancer inopérable du pylore avec propagation à la petite courbure. Les suites opératoires immédiates sont excellentes ; le lendemain de l'intervention, le malade rend déjà des gaz et, le surlendemain, on commence à l'alimenter par la bouche. Mais, le 9e jour, il se plaint d'éprouver brusquement une très vive douleur sous le rebord costal droit ; la respiration est calme et superficielle, la température normale ; il n'y a aucun symptôme abdominal. Le lendemain, la température monte à 39°2. Craignant, malgré l'absence de dyspnée et de toux, une complication pulmonaire, on ausculte le malade. Le côté droit du thorax respire moins que le gauche ; toute la hauteur du poumon droit, en arrière, présente une matité de bois à la percussion ; le silence respiratoire est absolu de ce côté : abolition du murmure vésiculaire, pas de râles, pas de souffles, un peu d'égophonie et de pectoriloquie aphone au sommet. A gauche, sonorité et respiration normales. Hypersonorité en avant sous la clavicule droite et matité à partir du troisième espace intercostal. A gauche, sonorité partout : disparition de la matité cardiaque. On ne perçoit plus les battements du cœur. Le maximum des bruits du cœur s'entend sur le sternum.

Devant ce tableau si spécial, S. pense à l'atélectasie pulmonaire et prescrit ventouses scarifiées, liqueur ammoniacale anisée, digitaline. Le lendemain matin, après une forte transpiration durant la nuit, le malade se déclare guéri, ne souffrant plus que très légèrement sous le rebord costal droit. La température est tombée à 36°8, le pouls à 60, la respiration est plus ample ; par contre, l'état objectif des poumons est sensiblement le même que la veille. Mais, le jour suivant, tout est rentré définitivement dans l'ordre : le murmure vésiculaire s'entend jusqu'en bas, la zone de matité cardiaque est de nouveau normale. Le 26 Novembre, la guérison est complète.

Cette observation présente quelques particularités intéressantes. Tout d'abord, il est exceptionnel de voir l'atélectasie survenir dix jours après une opération ; elle est, en général, beaucoup plus précoce et se manifeste vingt-quatre à quarante-huit heures après l'intervention. D'autre part, tandis que, fréquemment, les symptômes fonctionnels (dyspnée et cyanose) sont alarmants, ici ces symptômes étaient très réduits et contrastaient avec l'intensité des signes physiques. Enfin, la guérison s'est produite rapidement : à la suite d'une véritable crise caractérisée par une forte transpiration, le malade s'est senti brusquement rétabli, la température et le pouls sont revenus d'un coup à la normale.

On a beaucoup discuté sur la pathogénie de cette affection et bien des hypothèses ont été émises pour expliquer sa genèse. Celles de l'insuffisance de la ventilation pulmonaire et de l'obstruction bronchique semblent reposer sur des faits précis. Mais, ici, rien ne permet d'invoquer ces causes : le malade, depuis le soir de son opération jusqu'au début de la complication, s'exerçait à respirer très profondément et, à aucun moment, n'avait éprouvé la moindre gêne pulmonaire ; il ne présentait non plus aucun signe de catarrhe des voies aériennes.

Bien plus séduisante apparaît l'hypothèse d'un trouble nerveux réflexe qui aurait déclenché la fermeture spasmodique des canaux aériens, non pas au niveau des bronchioles, mais au niveau du canal alvéolaire, en ce point où les histologistes ont mis en évidence une sorte de véritable sphincter lisse qui, par sa contraction, peut fermer entièrement le canal alvéolaire. Resterait à déterminer la cause de ce spasme : il est très plausible qu'une excitation abdominale dans le territoire du pneumogastrique puisse se réfléchir au niveau du poumon, soit par le sympathique, soit même par le pneumogastrique.

J. Dumont.

LYON MÉDICAL

L. Gravier (Lyon). ***Forme sympathicotonique du rétrécissement mitral; essai de sympathicectomie*** (*Lyon médical*, an. LXI, tome CXLIV, n° 46, 17 Novembre 1929). — De toutes les affections valvulaires, le rétrécissement est certainement celle qui s'accompagne le plus fréquemment de palpitations et de tachycardie. Il est toutefois exceptionnel qu'il arrive à dominer la scène clinique jusqu'à comporter des indications thérapeutiques particulières. C'est pourtant cette éventualité qu'on relève chez le malade dont G. rapporte l'observation et chez qui les crises tachycardiques, accompagnées de troubles vasomoteurs (roséole du visage, du cou et de la poitrine), étaient provoquées par la moindre émotion (petite contrariété, vue d'un chef, signature à donner, etc.) au point que la malade — une jeune fille de 30 ans — en éprouvait une véritable torture et demandait instamment un traitement qui la puisse soulager, fût-il chirurgical. L'existence d'un rétrécissement mitral, probablement d'origine rhumatismale, paraissait certaine, malgré la difficulté de l'auscultation due à la rapidité du rythme qui ne descendait jamais au-dessous de 110. Il n'y avait d'ailleurs ni œdème, ni essoufflement.

Cette prédominance vraiment démesurée des troubles tachycardiques et la coexistence de troubles vaso-moteurs de la face et du cou firent penser qu'il s'agissait là de phénomènes d'ordre nerveux, d'une rupture de l'équilibre vago-sympathique dans le sens sympathicotonique, sans qu'on pût d'ailleurs déterminer la cause qui reliait cette sympathicotonie à la lésion mitrale. Et, étant donné l'inefficacité complète des cardiotoniques dans ce cas, ainsi que la faillite des médicaments nervins, — valériane, bromure, gardénal, ésérine, tartrate d'ergotamine, — on en vint à envisager une intervention sur le sympathique. Le professeur Leriche se montra tout disposé à tenter l'intervention. Il pratiqua donc chez cette malade une sympathicectomie gauche (excision du ganglion étoilé). Cette opération amena une amélioration incontestable, sinon une guérison complète des troubles. Au bout de 6 mois, deux points sont acquis : la disparition des troubles vaso-moteurs, et la diminution de l'importance du syndrome tachycardique qui, d'une part, n'atteint plus les chiffres élevés qui avaient été notés avant l'intervention et, d'autre part, se réveille plus difficilement, lorsqu'il ne fait même pas complètement défaut, en certains jours heureux. Mais, il serait vain de le dissimuler : ces résultats ne peuvent être considérés comme pleinement satisfaisants. On peut se demander si une sympathicectomie droite n'eût pas été plus active, le sympathique droit paraissant avoir, à en croire certaines expériences classiques déjà anciennes, une influence plus marquée sur le centre sinusal que son congénère du côté gauche. La question pourra donc se poser chez cette malade, après une nouvelle observation de quelques mois, d'une intervention complémentaire sur le sympathique droit. J. Dumont.

REVUE MÉDICALE DE L'EST
(Nancy)

Hamant et Bodart. ***La douleur des gangrènes séniles et la ramisection lombaire*** (*Revue médicale de l'Est*, tome LVII, n° 12, 15 Juin 1929). — Les douleurs de l'artérite sénile, d'aspect et d'intensité si variables, reconnaissent des causes diverses : les unes précèdent la gangrène, les autres l'accompagnent. Parmi ces dernières, il faut distinguer : les unes accompagnent des gangrènes étendues et rapidement envahissantes, témoignant d'une ischémie massive ; les autres, au contraire, ne semblent rattachables qu'à de petites plaques sphacéliques de la pointe des orteils ; d'autres enfin se rencontrent dans certaines gangrènes distales parcellaires, n'intéressant par exemple qu'un ou deux orteils, à évolution lente. Dans celles-ci : tantôt la douleur est nettement localisée à un trajet nerveux, donc à type névritique ; tantôt elle naît manifestement à la limite des tissus mortifiés, elle se cantonne au voisinage de la zone de gangrène, et ne disparaît qu'avec l'élimination des tissus morts ; tantôt enfin, elle a une topographie et des irradiations plus diffuses, son maximum siège souvent à grande distance de la zone de sphacèle : pour une gangrène du gros orteil, par exemple, elle peut sembler naître dans le tarse postérieur ou la partie inférieure de la jambe, et s'irradie dans le mollet, parfois dépassant le genou.

Ce sont ces douleurs, souvent épouvantables, sans topographie nettement délimitable, siégeant à distance de la zone ischémiée, et disproportionnées en intensité avec l'étendue du sphacèle, qui posent dans la pratique les problèmes les plus difficiles. Pour les autres, en effet, la solution est assez simple : les douleurs à type névritique commandent la névrotomie élective, telle que la préconisait Quénu ; les douleurs dues au sphacèle exigent l'ablation des tissus morts, amputation d'un orteil qui tarde à s'éliminer par exemple. Contre les douleurs diffuses et irradiantes, naissant à distance du foyer de sphacèle, nous n'avons en réalité à notre disposition que des opérations sur le sympathique. En fait, les cas où la sympathectomie périartérielle s'est montrée efficace contre le syndrome en question ne sont pas rares ; mais les échecs ne le sont pas moins. Et, comme on peut supposer que les lésions de sclérose atteignant l'adventice, si fréquentes au cours des artérites, sont susceptibles de troubler le mécanisme habituel de la sympathectomie, il semble logique de remonter plus haut, et de faire porter l'opération, non plus sur des fibres sympathiques périphériques plus ou moins altérées, mais sur les rameaux communicants qui sont intacts.

H. et B. ont eu recours à cette opération avec succès chez un homme de 65 ans, entré à l'hôpital pour des douleurs intolérables du membre inférieur gauche. Depuis trois mois, il avait vu ses deux gros orteils se sphacéler et s'amputer spontanément, mais, tandis qu'à droite l'évolution s'était faite sans douleur, à gauche, et dès le début, le malade avait ressenti de violentes brûlures qui ne siégeaient pas au voisinage immédiat du sphacèle, mais commençaient au bord interne du tarse et remontaient jusqu'au tiers inférieur de la jambe. La cicatrisation de l'orteil était complète à droite, légèrement incomplète à gauche, mais la plaie avait un aspect normal et n'exigeait localement aucune retouche. On pratiqua d'abord une sympathectomie, non pas dans le but d'accélérer cette cicatrisation qui devait se faire toute seule, mais dans l'idée de calmer les douleurs diffuses de la jambe : le résultat fut à peu près nul. Dix jours après, et bien que les douleurs n'eussent pas le type névritique, on fit une névrotomie du nerf tibial postérieur, sans aucun résultat encore. On se décida alors à faire une ramisection lombaire, et le résultat fut cette fois vraiment remarquable. Le malade, qui usait des hypnotiques à haute dose, n'en prenait plus et n'en a jamais repris. Ce résultat se maintenait excellent à la sortie de l'hôpital, au bout d'un mois. Revu trois mois après, quelques douleurs étaient reparues, mais incomparablement moins fortes qu'auparavant. J. Dumont.

BRUXELLES MÉDICAL

De Nobele, de Potter et Van Haelst (Gand). ***Actions antagonistes des rayons ultra-violets et infra-rouges sur certaines espèces microbiennes***

(*Bruxelles médical*, tome X, n° 8, 22 Décembre 1929). — L'action antagoniste des rayons ultra-violets et des rayons infra-rouges est bien connue : elle est utilisée en clinique par les actinothérapeutes pour obvier aux effets nuisibles provoqués par des rayons ultra-violets trop intenses. Les auteurs du présent travail démontrent qu'elle se vérifie également par l'influence de l'action simultanée de ces radiations sur la vitalité de certaines espèces microbiennes.

Ils ont employé comme source de lumière les rayons de la lampe Solux filtrés à travers un verre rouge rubis et les rayons de la lampe à vapeur de mercure. Toutes les expériences ont porté sur le colibacille; dans quelques cas seulement sur le bacille pyocyanique et sur le bacille de Danyss. Les irradiations furent pratiquées sur des boîtes de Petri contenant de la gélose solidifiée à la surface de laquelle on avait ensemencé par étalement quelques gouttes d'une émulsion microbienne.

Voici les conclusions de ces recherches :

Il existe un antagonisme certain entre les rayons ultra-violets et les rayons infra-rouges employés simultanément. Cet antagonisme se vérifie et s'apprécie le plus facilement par l'emploi de milieux de culture solides, ensemencés à la surface avec une émulsion microbienne.

Si les rayons ultra-violets seuls exercent une action batéricide sur les micro-organismes bactériens eux-mêmes, ils modifient, à la longue, la composition du milieu de culture, rendant ce dernier impropre au développement des microbes.

Si les rayons infra-rouges ne tuent pas les microbes, leur action sur les milieux de culture est très lente à se manifester : la durée d'irradiation doit être au moins trois fois plus longue que celle nécessitée par les rayons ultra-violets pour arriver aux mêmes résultats.

Si les rayons ultra-violets et les rayons infra-rouges sont employés simultanément à des doses ne modifiant pas la composition du milieu de culture, le colibacille supporte des doses plus fortes que celles nécessaires pour le détruire ou le modifier par l'emploi des rayons ultra-violets seuls.

Ce fait expérimental vient à l'appui de la constatation clinique de pouvoir faire supporter par la peau une dose de rayons ultra-violets quand on les applique simultanément avec des rayons infra-rouges.

J. Dumont.

E. Moons (Anvers). *Epanchements biliaires dans le péritoine : 7 cas personnels* (*Bruxelles médical* tome X, n° 8, 22 Décembre 1929). — Les épanchements biliaires dans le péritoine sont diffus ou circonscrits. M. en a observé personnellement 7 cas ; 5 diffus et 2 circonscrits. Voici ces observations :

1° *Epanchements biliaires diffus.*

Obs. I. — Un homme de 45 ans, alité depuis une dizaine de jours et souffrant de douleurs dans la région du foie, ressent subitement une douleur violente dans le côté droit du ventre. A l'examen, ventre dur, ballonné, état nauséeux, pouls très petit, hypothermie, L'examen donne l'impression d'un ulcus gastrique perforé. Opération d'urgence, un peu tard : on trouve de la bile abondamment épanchée dans le péritoine; la vésicule, non adhérente, vide, déchirée, ne renferme pas de calculs ; mais plusieurs calculs sont retrouvés dans le ventre. Cholécystectomie et drainage. Décès le même jour.

Obs. II. — Le second cas est semblable au précédent. Homme de 50 ans. Douleur suraiguë dans la région hépatique, pendant la matinée, donnant l'impression d'un ulcus perforé. Opération le soir du même jour : on trouve une vésicule libre, perforée par des calculs. Epanchement biliaire abondant dans le péritoine. Cholécystectomie et drainage sous-hépatique et hypogastrique. Décès le lendemain.

Obs. III. — Femme de 55 ans, opérée antérieurement d'hystérectomie pour myome utérin, souffrant depuis longtemps de l'estomac et soignée pour stase gastrique. Subitement, en pleine nuit, elle accuse une violente douleur au niveau du foie. Ventre tendu, pouls petit. Opération à 11 heures du matin. Perforation de la vésicule à son collet, vésicule bourrée de calculs, à paroi peu épaisse, non adhérente. Un calcul est sorti, que l'on retrouve dans la cavité péritonéale. Tout le péritoine est largement inondé de bile. Cholécystectomie avec drainage. Drainage hypogastrique. Guérison.

Obs. IV. — Un homme est opéré de cholécystectomie pour cholécystite calculeuse et calculs du cholédoque. Après cholécystectomie et extraction des calculs du cholédoque, la voie biliaire principale est drainée par un drain en T de Kehr pendant huit jours. Après l'ablation du drain, il reste une fistule biliaire qui donne lieu à diverses péripéties, se fermant et se rouvrant à intervalles variables, lorsqu'un jour le malade est pris d'une douleur subite et violente dans le flanc droit et au niveau de son ancienne fistule biliaire refermée. Le ventre se ballonne, est dur et douloureux, le pouls devient petit et, le diagnostic d'épanchement biliaire étant posé, on ouvre le péritoine dans la région appendiculaire : un flot considérable de bile s'écoule par le trajet du drainage cholédocien. L'état du malade ne permettant pas une intervention plus complète, on se borne à drainer. Quinze jours après, troisième opération, recherche du cholédoque que l'on trouve ouvert et dans lequel on découvre encore, près de son orifice vatérien, un calcul gros comme un pois, cause de tout le mal, ce calcul obstruant la voie biliaire principale et dirigeant la bile dans le ventre. Guérison parfaite.

Obs. V. — Une femme de 43 ans, depuis quatre ans, se plaint de vagues douleurs dans l'hypocondre droit, irradiées dans le dos ; pas de coliques, ni de jaunisse, ni de vomissements. Il y a deux mois, elle s'est sentie subitement très malade : ventre dur, douloureux, ballonné. Elle est au lit depuis lors, avec état général peu satisfaisant, douleurs sous-hépatiques, subictère, ascite. La ponction abdominale ramène du liquide biliaire. Incision sous-costale droite : ventre rempli de liquide biliaire, vésicule épaissie, ratatinée, petite, très adhérente au foie et au côlon. Libération de la vésicule qui est perforée à son extrémité. On enlève un grand nombre de calculs irréguliers. Gros cholédoque. Ampoule de Vater libre. Drain dans le cholédoque, mèches autour de la vésicule. Drainage hypogastrique. Guérison.

2° *Epanchements biliaires circonscrits.*

Obs. VI. — Homme de 33 ans. Ecrasé le 20 Novembre 1924 par un tracteur automobile dont une roue lui passe sur le ventre. Ecchymoses sous-conjonctivales, taches pétéchiales sur la face, la nuque et le thorax. Abdomen ombilical douloureux au palper, mat à la percussion dans l'hypogastre et les flancs. Le 2 Décembre, sous anesthésie locale, ouverture médiane de la région hypogastrique, très gonflée. Il en sort environ 3 litres de liquide biliaire. Drainage. Il persiste un écoulement biliaire qui, ne se tarissant pas, motive l'intervention chirurgicale. Toute la région iliaque droite, depuis le foie jusqu'à la région hypogastrique, est incisée. La face inférieure du foie, la vésicule et le péritoine sont recouverts d'une couche fibrineuse jaune de même que toutes les anses intestinales adhérentes entre elles ayant circonscrit l'épanchement biliaire. Malgré toutes les recherches, on ne parvient pas à retrouver le lieu de la perforation biliaire, ni sur les voies biliaires, ni sur le duodénum. Cette grande cavité d'épanchement est largement drainée. Guérison sans fistule.

Obs. VII. — Une femme de 50 ans, soignée pour phénomènes gastriques et amaigrissement, est prise de fortes crises de cholécystite calculeuse avec ictère qui durent environ dix jours, se calment ensuite, puis reparaissent, et finalement poussent à une intervention. La veille du jour fixé pour l'opération, on trouve l'hypocondre gauche tout à fait mat et très bombé. Le lendemain matin, avant d'opérer, cette matité est descendue nettement dans la fosse iliaque gauche qui bombe fortement et donne la sensation d'une grosse masse de liquide en cavité close au point que l'on pense avoir affaire à un gros kyste tordu de l'ovaire gauche. Laparotomie sous-ombilicale médiane: on tombe immédiatement dans une grande cavité contenant de la bile, limitée par l'S iliaque et le côlon à sa partie médiane, par la paroi abdominale en avant, par la fosse iliaque en arrière. Toute cette cavité est recouverte d'un enduit fibrineux jaunâtre, elle s'étend jusque dans l'hypocondre gauche et se continue sur la paroi supérieure du transverse et de son mésocôlon jusque sous le foie où l'on trouve une vésicule biliaire à parois assez épaisses, un peu adhérente, ouverte, laissant passer des calculs. Ectomie. Drainage sous-hépatique. Drainage de la cavité. Guérison.

L'auteur conclut de ces quelques observations que :

1° L'épanchement biliaire diffus dans le péritoine est très grave puisque sur 7 malades, il en a perdu 2.

2° Les symptômes des perforations biliaires ressemblent la plupart du temps à ceux des perforations gastriques ou duodénales et le diagnostic causal est très difficile à poser. Les antécédents ainsi que l'ictère peuvent mettre sur la voie du diagnostic exact.

3° Quand les masses intestinales et surtout le côlon et l'épiploon réussissent à circonscrire l'épanchement, ce qui tient surtout à la rapidité plus ou moins grande de l'écoulement biliaire ou au fait de l'existence d'adhérences antérieurement formées, le danger vital est moins grand.

4° Enfin, des calculs oubliés dans la voie principale peuvent être la cause, pendant les suites opératoires, d'épanchements biliaires très graves : il est donc nécessaire de mettre à l'extraction des calculs du cholédoque tout le temps voulu afin d'éviter des conséquences fâcheuses.

J. Dumont.

DEUTSCHES ARCHIV für KLINISCHE MEDIZIN (Leipzig)

Risak et Winkler. ***La clinique et la pathologie des épanchements articulaires*** (*Deutsches Archiv für klinische Medizin*, tome CLXV, Octobre 1929). — Les ponctions articulaires ont été pratiquées par R. et W. au niveau du genou, avec toutes les précautions d'asepsie. Le liquide recueilli a été examiné aux points de vue du p_H, des germes, du nombre des éléments figurés et de leurs proportions relatives. Il a été examiné ainsi 12 cas dont 9 de polyarthrite rhumatismale, 1 d'arthrite gonococcique, 2 d'arthrite déformante et 1 d'arthrite par stase.

Cette ponction, faite dans un but diagnostique, a eu un bon effet thérapeutique : elle a fait disparaître les douleurs, et le liquide ne s'est pas renouvelé. La quantité de liquide recueilli n'a atteint une quantité qui allait de 20 à 80 cmc que dans 4 cas. La gravité de l'infection a varié, comme l'importance de l'épanchement. Dans un seul cas, le liquide s'est écoulé spontanément et goutte à goutte. Le p_H a été examiné dans 8 cas et a varié de 7,6 à 7,1, sans jamais dépasser la neutralité (6,8), fait qui ne s'observe que dans les infections articulaires chirurgicales et tuberculeuses. La quantité d'albumine a oscillé entre 1 et 8,4 pour 100, et la quantité d'albumine a été d'autant plus grande que le p_H est plus petit.

Le sédiment figuré était représenté d'abord par des leucocytes neutrophiles, avec absence de granulations, vacuolisation du protoplasma, floculation de la structure nucléaire et moindre colorabilité de la cellule. Parmi ces cellules, il s'en trouvait dont le noyau était devenu complètement homogène, mais qui présentaient cependant la réaction de l'oxydase et qui appartenaient, par conséquent, aux granulocytes.

Un deuxième groupe était représenté par des lymphocytes dont la colorabilité était normale. Enfin, un troisième groupe était constitué par de gros mononucléaires qui sont difficiles à ramener à leur véritable origine, étant donné qu'on ne possède sur eux que des renseignements d'ordre morphologique. Il paraît cependant probable qu'ils proviennent, au moins en partie, des cellules endothéliales qui tapissent la cavité séreuse. Ils ne peuvent néanmoins pas être distingués des monocytes sanguins.

Les globules rouges n'ont été trouvés qu'en cas de traumatisme et alors en voie de désintégration. Le nombre des cellules a varié de 43.000 à 250. Il était d'autant plus élevé que le processus était plus actif.


TRAITEMENT
de
la
BLENNORRHAGIE
aiguë
Injections intra-veineuses de
GONACRINE
Chloro-méthylate neutre
de diaminoacridine
en solution à 2%
chronique
et de ses complications
Injections intra-musculaires de
NÉO-DMÈGON
Vaccin antigonococcique
fluoruré
LITTÉRATURE FRANCO SUR DEMANDE
SOCIÉTÉ PARISIENNE d'EXPANSION CHIMIQUE
— Specia —
Marques POULENC Frères & USINES du RHÔNE
86, rue Vieille du Temple, PARIS 3e
D.RÉVILL

Dans les processus aigus, le nombre des leucocytes dépasse de beaucoup celui des lymphocytes (8 : 81 dans un cas avec fièvre élevée et frissons). Dans les cas chroniques, au contraire, les lymphocytes sont plus nombreux (83 : 16 dans un cas traumatique avec réactions inflammatoires très modérées).

Dans un seul cas, il a été possible de retrouver des germes. Il s'agissait de gonocoques qu'on n'a d'ailleurs pas pu cultiver. La recherche du bacille de la tuberculose n'a rien donné, mais, comme le reconnaissent R. et W., cette recherche n'a pas été pratiquée sur les quantités de liquide considérables avec lesquelles Reitter a obtenu des résultats positifs.

P.-E. Morhardt.

Joseph Vonkennel. *La perméabilité des méninges, particulièrement dans la pyrétothérapie moderne* (*Deutsches Archiv für klinische Medizin*, tome CLXV, nos 3 et 4, Octobre 1929). — Après avoir exposé quelques notions générales sur la barrière hémato-encéphalique et sur la formation du liquide céphalo-rachidien dont l'auteur attribue l'origine, pour la presque totalité, aux plexus et pour une part infime aux vaisseaux de la pie-mère, ce mémoire donne le compte rendu d'une série de constatations expérimentales ou d'observations.

Pour étudier la perméabilité de la barrière hémato-encéphalique ou plus exactement, comme le voudrait V., de la barrière sang — liquide céphalo-rachidien, il a été utilisé une matière colorante colloïdale chez 10 nourrissons bien portants âgés de 3 à 12 mois. La barrière s'est montrée, dans ces conditions, imperméable alors même que, par l'injection d'eau distillée, on avait déterminé un état méningé stérile.

Chez les adultes, il a été constaté que, 65 minutes après l'administration intraveineuse de 20 cmc d'une solution à 8 pour 100 d'uranine, la substance colorante pouvait être trouvée dans le liquide céphalo-rachidien recueilli dans la grande citerne. Pour le liquide recueilli dans la région lombaire, les chiffres seraient un peu différents. En administrant de l'insuline en même temps que la matière colorante, on a augmenté la perméabilité. La banistérine n'a pas eu d'action. Les différentes espèces d'hypnotiques n'en n'ont pas eu davantage. En somme, l'uranine, qui représente un anion, traverse la membrane en confirmant la règle de Donnan et comme tous les anions (Cl', OH'). Pour les cations, la règle de Donnan n'est plus aussi bien applicable car le sodium et le magnésium sont plus abondants dans le liquide céphalo-rachidien d'après Wieschmann.

Pour les anélectrolytes, il devrait y avoir égalité entre les deux côtés de la barrière. En fait, cependant, le liquide céphalo-rachidien contient, en moyenne, 59 pour 100 du sucre du plasma. Après administration de 80 gr. de glucose, V. a constaté que cette substance augmente dans le liquide céphalo-rachidien comme dans le sang où, par contre, le taux normal se rétablit le plus vite. L'augmentation de la pression dans le liquide par l'épreuve de Queckenstedt n'a pas agi d'une façon uniforme sur la glycorachie. En somme, l'étude des cations et des anélectrolytes montre que la barrière sang-liquide céphalo-rachidien ne peut pas être considérée comme le résultat de fonctions purement physiques. Une activité cellulaire doit intervenir pour modifier l'équilibre.

Tandis que l'ion Cl, dont la diffusibilité est très grande, se répartit des deux côtés de la barrière comme 1/1,24, ce quotient se trouve 3 fois plus élevé pour Br et d'autant plus petit que la perméabilité est plus grande. V., comme Walter, administre, pour étudier ce quotient, 3 centigr. de bromure de sodium par cm. de taille pendant au moins 4 jours et, le matin du 5e jour, il recueille du sang et du liquide céphalo-rachidien à jeun par la méthode sous-occipitale de Ayer. En même temps, il a mesuré la vitesse de sédimentation des globules rouges. Il a ainsi constaté qu'en moyenne le quotient pour le brome est égal à 3,274, chiffre qui représente la moyenne de 30 cas : 3 femmes gravides et une femme au cours de la menstruation ont donné des chiffres normaux comme le fait a été constaté par un certain nombre d'auteurs (Stern, Büchler et Malamud). Dans un cas d'annexite aiguë, il y a eu accélération de la sédimentation avec quotient faible à 2, 838. Inversement, un traitement par le calcium a diminué la perméabilité et augmenté le temps de sédimentation.

Une série de malades de V., atteints de blennorragie tenace, ont été soignés par l'impaludation, ce qui a permis d'étudier le comportement de la barrière au cours des accès. En pareil cas, le rouge congo, injecté dans le sang, disparaît normalement, l'appareil réticulo-endothélial n'étant pas bloqué. D'ailleurs, le blocage de cet appareil ne modifie en rien la perméabilité et le quotient. Avec le brome, on a constaté que, pendant la période prodromale comme pendant les deux premiers accès, la barrière se comporte normalement. Mais, à partir du 3e accès, le quotient oscille fortement en atteignant des valeurs assez faibles, comme 1,81. Avec la souche utilisée, le paludisme devenait latent au 9e accès et alors on constatait que la barrière s'imperméabilisait, l'imperméabilisation étant encore augmentée par l'administration de quinine. Ainsi l'action de l'impaludation se traduit par une courbe diphasique, comme il est de règle en matière de pyrétothérapie. Dans un seul des cas traités, il a été constaté, à la suite de l'impaludation, des phénomènes méningés avec augmentation du nombre des cellules et de l'albumine dans le liquide céphalo-rachidien.

L'inoculation avec la fièvre récurrente provoque, par contre, une méningite de caractères lymphocytaires sans symptômes cliniques. Dès le premier accès, on constate, en outre, une augmentation de la perméabilité, le quotient descendant à 2,203 et au second accès à 1,723. Lorsque la température a disparu, il n'y a pas imperméabilisation comme dans l'impaludation.

V. a également étudié la perméabilité au niveau des limites cellulaires, en déterminant le temps nécessaire pour faire apparaître une vésicule après application d'emplâtre à la cantharide. Au cours de la pyrétothérapie, ce temps, qui est normalement de 11 à 12 heures, s'est abaissé à 5 et à 4 heures.

P.-E. Morhardt.

DEUTSCHE ZEITSCHRIFT für CHIRURGIE

Paul Rostock. *Le traitement de la méningite par l'urotropine* (*Deutsche Zeitschrift für Chirurgie*, tome CCXVII, fascic. 3-4, Juillet 1929). — L'urotropine a une influence favorable sur l'évolution d'une méningite purulente, à la condition formelle que les germes pathogènes ne soient pas très virulents. Il serait donc souhaitable que l'urotropine fût administrée systématiquement, lorsque les méninges ont été ouvertes, soit au cours d'une intervention chirurgicale, soit à l'occasion d'une fracture du crâne. Dans ces cas, la dose quotidienne d'urotropine absorbée doit osciller entre 3 gr. et 10 gr.

Dans les cas de manifestations méningées légères, les injections intraveineuses sont recommandées. Dans les cas graves, il faut injecter, 3 fois par jour, 10 cmc d'une solution d'urotropine à 40 pour 100 (Les injections d'urotropine intramusculaires sont trop douloureuses ; les injections sous-cutanées ne donnent pas d'escarrification).

L'injection intrarachidienne de la solution d'urotropine serait à recommander.

L'examen des urines est indispensable, tout au long du traitement par l'urotropine, pour mettre en évidence les lésions rénales possibles.

L'hématurie cessera dès la suppression du traitement par l'urotropine.

P. Wilmoth.

Dreyfus Wilhelm. *La phlébectomie comme méthode de traitement de la thrombophlébite et de ses complications* (*Deutsche Zeitschrift für Chirurgie*, tome CCXVII, fascic. 5-6, Juillet 1929). — En 1917, P. Rosenstein publiait 4 observations de résection veineuse en cas de thrombophlébite, suivies de succès, et il souhaitait que cette conduite thérapeutique fût adoptée par les chirurgiens. Il n'en a rien été.

D. résume 10 observations de phlébite des membres (dont 1 cas de phlébite de la veine humérale, consécutive à un phlegmon de la main, et 6 cas de phlébites compliquées d'embolies pulmonaires).

La technique opératoire consiste à découvrir la saphène interne au niveau de sa jonction avec la veine fémorale. Selon les cas de thrombose limitée à la saphène ou de thrombose étendue à la veine fémorale, D. résèque seulement la saphène, ou la saphène et un segment de la veine fémorale. Quand la thrombose gagne la veine iliaque, il résèque également un segment de cette veine.

Dans un cas de phlébite des veines du petit bassin, consécutive à une infection puerpérale par le streptocoque hémolytique, D. dut réséquer la veine iliaque commune. L'opérée succomba.

Dans les 6 cas de résection veineuse pour phlébite des membres inférieurs compliquée d'embolies pulmonaires, D. a obtenu 6 guérisons.

D., comme Magnus, est convaincu que la thrombose limitée à la veine saphène interne ne se complique jamais d'embolie pulmonaire. Seules les grosses veines profondes thrombosées sont le point de départ de l'embolus.

D. recommande de toujours employer la rachianesthésie pour faire une phlébectomie.

P. Wilmoth.

DEUTSCHE MEDIZINISCHE WOCHENSCHRIFT (Leipzig)

V. Schilling. *Nouvelles observations sur l'hépatothérapie de l'anémie pernicieuse et sur la cause des échecs de cette thérapeutique, à propos de 80 cas* (*Deutsche medizinische Wochenschrift*, tome LV, n° 41, 11 Octobre 1929). — Depuis ses premières observations comprenant 39 cas, S. a eu l'occasion de traiter 80 malades atteints d'anémie pernicieuse à type Hunter Biermer depuis Février 1928. En dépit de ce chiffre relativement considérable, il considère que l'on observe moins souvent la maladie depuis la vulgarisation de la méthode de Minot-Murphy : en particulier, les formes simples, traitées en ville, sont améliorées, et les services hospitaliers ne recueillent plus que les cas graves. A défalquer également les anémies secondaires dont le diagnostic est précisé plus fréquemment qu'autrefois par les moyens d'exploration modernes. Sur les 80 malades graves ayant pris régulièrement du foie de veau on note 50 guérisons relatives, avec plus de 4 millions de globules rouges. 20 autres sujets très améliorés avaient 2 à 4 millions d'hématies à la fin du traitement, mais leurs chiffres globulaires manifestaient une tendance nette à croître encore. Par contre, dans un cas, le nombre d'hématies demeura oscillant de 3 à 4 millions malgré un traitement prolongé. Aucune amélioration clinique ne put être obtenue dans 5 autres cas. Enfin les 4 derniers malades sont traités depuis peu.

Parmi les 80 malades, 14 avaient déjà été antérieurement traités : quelques-uns avaient présenté des rechutes par suite de l'abandon momentané de la thérapeutique ; la reprise du traitement hépatique détermina une amélioration nette.

D'autres ont poursuivi l'ingestion de foie depuis Septembre 1926 avec persistance de son efficacité.

6 des malades soumis à l'hépatothérapie sont morts. Aucun d'entre eux ne présentait, lors du décès, les phénomènes d'anémie grave tels qu'on les observait avant l'introduction du foie dans la thérapeutique. Dans 2 des autopsies, les symptômes d'anémie manquaient même tout à fait. Les 4 autres malades avaient réagi moins complètement, mais la mort était nettement attribuable à des complications graves secondaires qui expliquaient aussi l'insuccès partiel thérapeutique (bronchopneumonies, tabes, hydronéphrose avec dilatation cardiaque).

Seuls les cas compliqués ont paru rebelles cliniquement : ainsi une malade asthénique, avec anémie datant de l'enfance et hémorragies abondantes, ne fut pas améliorée par le traitement. De même, des anémiques séniles réagirent mal à la thérapeutique.

D'ailleurs souvent l'insuccès est dû à une faute de méthode ; en particulier, l'emploi des extraits, au lieu du foie frais, serait responsable de nombre des échecs.

S. conclut donc à l'efficacité quasi constante de la cure hépatique à condition qu'elle soit bien appliquée et dans des anémies non compliquées secondairement, car les complications propres à l'anémie pernicieuse sont fréquemment enrayées.

G. Dreyfus-Sée.

R. Seyderhelm. *Limites et possibilités de l'hépatothérapie* (*Deutsche medizinische Wochenschrift*, tome LV, nº 41, 11 Octobre 1929). — L'introduction de l'hépatothérapie dans le traitement des anémies pernicieuses a fait naître de grands espoirs. Le pronostic, autrefois fatal, de la maladie de Biermer semblait devoir être atténué par l'emploi de ce traitement.

Dans l'ensemble, l'influence du foie sur l'anémie pendant la durée de la cure paraît en effet considérable. Les échecs signalés sont attribuables soit à une administration insuffisante du médicament, soit à la coexistence d'un carcinome, soit à l'apparition de lésions graves du système nerveux, soit enfin à la survenue d'infections intercurrentes : septicémie, pyélite, pneumonie, etc.

1º Les doses insuffisantes de foie sont dues parfois au dégoût du malade pour cet aliment ou à sa négligence à poursuivre le traitement dès qu'il se sent amélioré.

D'ailleurs les doses efficaces elles-mêmes sont souvent difficiles à préciser. Les 120 à 240 gr. recommandés par Minot et Murphy seraient souvent insuffisants. Il en est de même des quantités d'extraits hépatiques classiquement prescrites.

S. a pu utiliser, malgré son prix élevé, l'extrait américain de foie nº 343 de la « Eli Lilly and Company ». L'apparition des réticulocytes ne peut être déterminée parfois dans les formes graves que par des doses quotidiennes notablement plus élevées que celles indiquées habituellement. Plus que sur ce critérium bactériologique, S. recommande de se baser, pour augmenter les doses, sur l'examen des urines : l'efficacité thérapeutique étant indiquée par la disparition de l'urobiline à laquelle succèdent rapidement les modifications hématologiques favorables.

Dans certains cas, il fallut, pour déclancher l'amélioration, donner 12 tubes d'extrait correspondant à 1.200 gr. de foie.

Dans le traitement d'entretien, la surveillance quotidienne des urines permet aussi de faire varier les doses et de les augmenter passagèrement, si besoin.

De nombreuses formes d'extraits ont été préparées en Allemagne pour faciliter l'absorption prolongée du foie (poudre, cachet, lavement, même préparations injectables).

2º La coexistence d'un carcinome limite évidemment l'efficacité de l'hépatothérapie.

3º Les manifestations nerveuses, en particulier les myélites, sont peu influencées par le traitement. Il semble, au contraire, que l'hépatothérapie, en guérissant des syndromes sanguins autrefois rapidement mortels, ait permis le développement plus fréquent du tableau clinique nerveux antérieurement masqué. Dans plusieurs cas, S. a ainsi observé un syndrome nerveux nouveau avec hallucinations, troubles de la parole, et coma terminal avec respiration de Kussmaul, l'ensemble donnant l'impression d'une grave intoxication : myélo-encéphalo-toxicose.

4º Des complications infectieuses, en particulier infections urinaires septiques, secondaires aux lésions nerveuses avec troubles sphinctériens, peuvent déterminer des rechutes graves nécessitant la reprise de quantités plus considérables de foie.

En conclusion, l'hépatothérapie paraît agir symptomatiquement de façon un peu comparable au mode d'action de l'insuline dans le diabète. La pathogénie toxique de l'anémie pernicieuse reste vraisemblable et l'inefficacité de la thérapeutique sur les troubles nerveux à type toxique vient encore l'appuyer.

Ces complications graves, ininfluençables, ne permettent pas d'envisager avec optimisme l'avenir des anémiques, ainsi que nombre d'auteurs ont tendance à le faire depuis l'ère de l'hépatothérapie.

G. Dreyfus-Sée.

H. Curschmann. *L'obésité thyroïdienne* (*Deutsche medizinische Wochenschrift*, tome LV, nº 42, 18 Octobre 1929). — Nombre d'obésités, en apparence isolées, relèvent en réalité des troubles du fonctionnement thyroïdien.

Les signes thyroïdiens peuvent être très frustes, rendant difficile le diagnostic étio-pathogénique.

C'est surtout l'abaissement du métabolisme basal qui est à considérer alors qu'il reste normal dans l'obésité simple. En outre, de petits troubles des échanges albuminoïdes (augmentation de la viscosité du sérum et de la concentration en albumines du sérum), la sécheresse de la peau, la constipation opiniâtre, les lésions dentaires, attirent parfois l'attention. La différenciation des syndromes hypophysaires ou génitaux est souvent aisée. Du point de vue pathogénique, les faits observés par C. lui paraissent en faveur de la théorie de Kendall admettant qu'il existe plusieurs substances hormonales thyroïdiennes : l'une agissant sur le métabolisme de l'eau, une autre ayant un rôle dans les échanges respiratoires et la lutte antitoxique, etc.

Des lésions dissociées des éléments glandulaires rendraient compte des troubles isolés tels que celui du métabolisme des graisses qui aboutit à l'obésité. Ainsi serait réalisée objectivement la théorie vague de la dysthyroïdie longtemps invoquée sans nulle preuve.

L'absence de vérifications anatomiques ne permet pas d'affirmer l'existence de lésions histologiques thyroïdiennes, mais l'efficacité habituelle du traitement endocrinien faisant régresser l'obésité, même sans régime alimentaire, vient à l'appui de l'origine glandulaire de ces obésités spéciales.

G. Dreyfus-Sée.

MÜNCHENER MEDIZINISCHE WOCHENSCHRIFT

(*Munich*)

A da Silva-Mello. *La résistance des parois des capillaires sanguins* (*Münchener medizinische Wochenschrift*, tome LXXVI, nº 41, 11 Octobre 1929). — Malgré son intérêt, la mesure des variations de résistance des capillaires sanguins n'a pu jusqu'ici être poursuivie faute de méthode de mesure exacte et simple.

S.-M a imaginé un dispositif qui utilise les variations des réactions locales déterminées par l'application d'une ventouse, suivant la fragilité individuelle des vaisseaux locaux.

Un manomètre sensible est relié à une ventouse dans laquelle la raréfaction d'air est réalisée par aspiration à l'aide d'une seringue. Quand le degré de vacuité nécessaire est obtenu, la fermeture d'un robinet permet de maintenir cet état sous vérification manométrique constante.

Il est ainsi possible de faire varier l'intensité ou la durée d'application pour déterminer la réaction minime qui consiste en apparition de pétéchies locales.

On met en général la ventouse sur l'avant-bras et on commence par une pression négative de 80 cm. de Hg. Si la réaction est franchement positive, on répète l'expérience sur l'avant-bras opposé en débutant par une pression moindre. Si le résultat est négatif, il suffit d'augmenter l'aspiration jusqu'à ce que le pointillé hémorragique se produise.

Il importe de tenir compte également des modifications d'aspect — rougeur, aspect violacé, œdème, parfois même aspect ecchymotique — déterminées chez certains sujets par des aspirations moyennes. En outre des variations psychiques indubitables se produisent ; sous l'influence de l'émotion, certains sujets présentent une vasodilatation ou constriction qui fait varier la résistance de leurs capillaires, d'où la nécessité fréquente de répéter les épreuves chez les malades nerveux.

Ainsi l'emploi du résistomètre capillaire fournirait des indications cliniques sur nombre de facteurs intéressant les capillaires, les artérioles ou les petites veines ; une utilisation systématique et étendue permettrait d'étudier les lois de variations de ces organes au cours des diverses affections et serait susceptible d'apporter des renseignements diagnostiques et pathogéniques nouveaux.

G. Dreyfus-Sée.

E. Vogt. *Fœtus et vitamine A* (*Münchener medizinische Wochenschrift*, tome LXXVI, nº 42, 18 Octobre 1929). — Le rôle de la vitamine A, qui appartient au groupe des vitamines lipo-solubles, a été précisé lorsqu'on a pu montrer que sa carence déterminait :

1º L'arrêt de croissance et la chute pondérale ;

2º La xérophtalmie et la kératomalacie.

Les recherches de V. sur 8 fœtus d'âge différent lui ont montré la présence constante de la vitamine A dans le foie des fœtus aux divers degrés de leur développement. Le rôle de cette substance dans la croissance fœtale paraît ainsi établi.

Il est probable que le foie emmagasine la vitamine A et la restitue à l'organisme infantile au fur et à mesure des besoins, en particulier lorsque la croissance subit une poussée au cours de laquelle l'apport en vitamine du lait maternel devient insuffisant.

L'examen systématique des autres viscères fœtaux n'a pas permis de déceler la vitamine A dans aucun autre organe. Le rôle capital du foie dans le métabolisme des échanges chez les fœtus apparaît donc également en ce qui concerne les échanges en vitamines, substances dont l'importance est extrême pour cet organisme en plein développement.

G. Dreyfus-Sée.

H. Zacherl. *Recherches sur les propriétés antitumorales du sérum des cancéreux* (*Münchener medizinische Wochenschrift*, tome LXXVI, nº 42, 18 Octobre 1929). — On admet actuellement que le cancer n'est pas une affection purement locale, mais qu'il faut, pour qu'il puisse se produire, que l'organisme présente un fonctionnement général insuffisant, diminuant son pouvoir de défense et permettant ainsi la transformation de cellules normales en éléments anormaux.

Des recherches faites après radiothérapie et surtout après irradiation à distance de la tumeur par les rayons ultra-violets ont montré, dans le sérum des cancéreux, une augmentation du pouvoir carcinolytique. Une activité accrue du système réticulo-endothélial de défense serait à l'origine de ce phénomène.

Cette activation humorale est encore exagérée après injection d'un extrait splénique, alors que les extraits d'autres organes demeurent tout à fait inefficaces.

Ces faits plaident en faveur d'une action spécifique de la rate dans les processus de lutte anti-cancéreuse, et il est facile d'admettre cette propriété d'un organe intimement lié fonctionnellement au système réticulo-endothélial dont on sait l'importance en tant que système de défense.

G. Dreyfus-Sée.

KLINISCHE WOCHENSCHRIFT

(*Berlin, Francfort, Munich, Vienne*)

W. Falta et F. Hœgler. *La résistance aux incrétions* (*Klinische Wochenschrift*, tome VIII, nº 41, 8 Octobre 1929). — F. et H. ont procédé à une série de recherches sur les effets de la thyroxine et ils ont constaté que ce médicament augmente le métabolisme de base et accélère le pouls d'une façon qui n'est pas toujours proportionnelle aux doses administrées. En cas de Basedow, ce médicament n'augmente le métabolisme de base que lorsque celui-ci reste en deçà de 62 à 66 pour 100 au-dessus de la normale. Dans une observation dont les principaux chiffres sont donnés, on constate que des doses élevées de thyroxine n'ont pas réussi à modifier le métabolisme chez un individu qui pourtant était sensible à sa propre thyroxine puisqu'il ne présentait aucun signe de myxœdème.

Un autre cas de résistance aux incrétions dont

l'observation est donnée par les auteurs concerne une femme de 64 ans, atteinte de diabète, chez laquelle, après un abcès, il a fallu aller jusqu'à 550 unités d'insuline pour faire disparaître le sucre de l'urine et qui, ultérieurement, alors qu'elle n'était plus glycosurique, supportait jusqu'à 600 unités d'insuline en ne manifestant que de très légers symptômes d'hypoglycémie. Le sérum de cette femme inhibait d'ailleurs, plus qu'un sérum normal, l'action de l'insuline.

Ces cas de résistance à l'insuline sont souvent en rapport avec des facteurs psychiques ou encore avec le mode d'alimentation. En procédant à l'épreuve de Radoslav, on constate que, chez ces malades, l'insuline fait baisser le sucre du sang veineux plus que le sucre du sang capillaire. L'hormone agit, en pareil cas, en augmentant l'avidité des tissus pour le sucre, mais sans diminuer la mobilisation du sucre du foie.

On est ainsi amené à songer à une combinaison de diabète insulinique et adrénalinique bien qu'il n'y ait qu'exceptionnellement, en pareil cas, augmentation de la pression du sang. En revanche, F. et H. ont observé pendant ces périodes de résistance à l'insuline une augmentation du métabolisme de base. Hœgler a, d'ailleurs, vu des malades amaigris chez lesquels l'insuline augmenta le métabolisme de base en provoquant des phénomènes d'hyperthyroïdisme.

La résistance à la thyroxine est, pour F. et H., d'une interprétation plus difficile. La réaction à l'égard de ce médicament est très variable d'un individu à un autre; elle est, en général, plus faible chez les enfants, fait qui a été mis en rapport avce le thymus. D'un autre côté, les cas de résistance à la thyroxine s'observent souvent alors qu'il existe des lésions du système nerveux central (syphilis cérébrale, parkinsonisme). Mais ces faits méritent confirmation. D'autre part, si, parfois, la thyroxine améliore le goitre exophtalmique ou si elle est supportée sans inconvénient, par contre, dans certaines circonstances, elle peut élever le métabolisme de plus de 100 p. 100. Ainsi de nombreux problèmes sont posés par ces cas de résistances aux incrétions.

P.-E. Morhardt.

WIENER MEDIZINISCHE WOCHENSCHRIFT

Carl Leiner. ***Manifestations cutanées au cours des affections de l'enfance*** (*Wiener medizinische Wochenschrift*, tome LXXIX, n° 36, 31 Août 1929). — L'évolution de la dermatologie moderne tend de plus en plus à rattacher à des troubles d'ordre général les diverses lésions cutanées. Chez l'enfant, cette corrélation est particulièrement nette. Dès la naissance, on peut noter « l'érythème toxique des nouveau-nés » se présentant, soit sous forme d'efflorescences sur le tronc, soit sous une forme nodulaire. Cet érythème peut tirer son origine soit de troubles dyspeptiques, soit d'inflammations bucco-pharyngées. Mayerhofer l'a interprété comme une réaction allergique aux toxines maternelles, à rapprocher d'autres manifestations de cet ordre observées chez le nouveau-né : fluxion mammaire, hémorragies utérines, œdème des parties génitales, hydrocèle aiguë. L'école française a rattaché également à ces faits la séborrhée, le milium, l'acné ponctuée du visage, toutes affections pouvant se reproduire à la puberté.

Dans d'autres cas, les manifestations cutanées du nourrisson sont d'origine septique, à point de départ buccal ou ombilical, se présentant alors sous forme de macules, de papules ou de vésicules, d'aspect manifestement infecté. Plus rarement ces staphylococcies cutanées sont en rapport avec un foyer ostéomyélitique. Exceptionnellement, enfin, se rencontre l'ecthyma gangreneux dû au bacille pyocyanique. On connaît la fréquence des éruptions morbilleuses ou scarlatiniformes liées aux troubles digestifs.

Mais d'autres altérations cutanées peuvent encore être notées : ainsi le sclérème, les abcès multiples ou la furonculose, fréquents chez les enfants soumis à un régime trop précocement riche en farineux.

D'autres, fautes de régime, telles que la carence en vitamine C, donnent lieu au tableau du scorbut infantile.

Sous le nom de « dermite ammoniacale », attribuée par les Américains au *Bacillus ammoniagenes*, on décrit l'éruption de nodules plats, légèrement érodés, siégeant des deux côtés du sillon interfessier et dont l'aspect rappelle singulièrement les éruptions spécifiques. Le traitement de cette affection consiste à laver les couches dans de l'eau légèrement acidifiée. Le muguet cutané s'observe chez les enfants atteints de muguet buccal, se manifestant sous l'aspect typique de dermites parasitaires.

On connaît la fréquence du strophulus, véritable urticaire de l'enfant, dont l'étiologie précise est si difficile à retrouver, quelle que soit la méthode employée.

Au cours des maladies de la série typho-paratyphique se retrouvent des taches rosées en plus ou moins grand nombre. De même, chez les enfants atteints de pyélonéphrite.

L. décrit, en outre, la teinte rouge du nourrisson par carotinémie. Des éruptions polymorphes, urticariennes, érythémateuses, etc..., s'observent au cours de l'endocardite. On peut en rapprocher l'érythème exsudatif multiforme qui accompagne le R. A. A.

En résumé, toutes les affections de l'enfance peuvent se réfléchir sur les téguments; l'érythème noueux, en particulier, soulève la question de son origine tuberculeuse, plus nette dans l'érythème induré de Bazin, dans le lichen scrofulosorum. En somme, conformément à l'expression hippocratique, « la peau est le miroir des processus internes ».

G. Basch.

THE GLASCOW MEDICAL JOURNAL

Archibald Young. ***La circulation cérébro-spinale, avec mention particulière du rôle de l'augmentation de la pression cérébro-spinale dans la pathologie et la symptomatologie des tumeurs et certains autres états du cerveau et de la moelle, avec description aussi de méthodes spéciales d'investigation*** (*The Glascow medical Journal*, tome CXII, n° 3, Septembre 1929). — Il est souvent très important d'estimer la pression du liquide cérébro-spinal. Un trouble de la pression isolé, ou combiné avec une altération cytologique ou chimique du liquide, peut être un bon élément de diagnostic.

La pression du liquide, prise au manomètre, doit l'être sur le malade couché, la tête au même niveau que l'aiguille lombaire. La pression est généralement entre 100 et 200 mm. de liquide; il y a quelquefois au début une légère élévation qui cède rapidement si le malade reste calme.

Un chiffre supérieur à 200 mm., s'il n'est pas dû à un état respiratoire, peut être considéré comme signifiant une augmentation de la pression intracranienne ou intraspinale. Celle-ci peut être due à une tumeur cérébrale, à l'œdème du cerveau et des méninges, à une hémorragie ou simplement à un excès de liquide, comme dans les méningites ou l'hydrocéphalite.

On peut quelquefois faire une distinction entre une tumeur cérébrale ou l'œdème et l'hydrocéphalite en notant, dans le premier cas, que le retrait même d'une petite quantité de liquide, comme 3 à 5 cmc, abaisse des 2/3 ou de la moitié la pression initiale.

L'épreuve de Queckenstedt est presque pathognomonique d'un blocage complet, comme celui produit par une tumeur des méninges médullaires.

Y. envisage les modifications de la pression cérébro-spinale dans les encéphalocèles, les méningocèles, l'hydrocéphalite congénitale et expose la circulation cérébro-spinale.

Il a été démontré expérimentalement que la plus grande partie du liquide cérébro-spinal, sécrété par les plexus choroïdes intracérébraux, passe des ventricules dans une série de lacs sous-arachnoïdiens intracraniens où il est résorbé; une faible proportion seulement l'est au niveau des espaces arachnoïdiens spinaux.

Alors que certains poisons, comme le salvarsan, n'atteignent pas le système nerveux, d'autres substances passent à travers le philtre choroïdal et peuvent être décelées très tôt après l'administration dans le liquide cérébro-spinal, par exemple l'urotropine et l'alcool.

L'augmentation de la pression intracranienne, qui survient dans certains cas de tumeurs cérébrales, est due, pour une part, à l'augmentation progressive de la tumeur, mais aussi à l'accumulation du liquide cérébro-spinal.

L'augmentation de pression du liquide céphalo-rachidien conduit à une anémie cérébrale progressive, affectant d'abord les centres supérieurs et aboutissant à une diminution graduelle des facultés mentales, pour finir peut-être dans le coma. L'atteinte des centres vitaux se produit plus tard, amenant la mort.

L'augmentation permanente de la pression amène un amincissement des os de la voûte cranienne et un aplatissement de la selle turcique. Chez le nourrisson, elle produit la séparation et l'élargissement des sutures. L'aplatissement et l'atrophie de l'hypophyse peuvent donner un syndrome d'hypo-pituitarisme.

Robert Clément.

ACTA DERMATO-VENEREOLOGICA (Stockholm)

S. Bommer. ***La fluorescence visible chez l'homme*** (*Acta dermato-venereologica*, tome X, fasc. 4, Septembre 1929). — Les rayons ultra-violets, contrairement aux rayons X, ont été rarement employés jusqu'ici dans un but diagnostique. Les deux sortes de rayons sont invisibles ; pour les utiliser au point de vue du diagnostic, il faut employer un dispositif qui les rende visibles. Les rayons UV, comme les rayons X, sont capables d'impressionner la plaque photographique et de produire une fluorescence visible de certaines substances.

La *couche cornée* de la peau humaine normale montre deux couleurs différentes en fluorescence : jaune et blanc bleuté, avec tous les degrés intermédiaires. La coloration dépend de plusieurs facteurs : l'épaississement de la couche cornée, l'âge du sujet, la teneur en eau de la couche cornée. Cette couche cornée présente une phosphorescence, dont l'intensité et la durée sont inversement proportionnelles à la teneur en eau de cette couche.

Certaines parties de la *face* (sillon naso-génien, menton, racine du nez, front) présentent. à l'orifice des follicules pileux, une masse rouge fluorescente due à la présence de l'huile des glandes sébacées ; cette fluorescence rouge existe dans le jeune âge et disparaît ensuite.

Très souvent le dos de la *langue* montre une fluorescence rouge ; il en est de même du dépôt du collet des dents. Les *dents* présentent une fluorescence blanche, les dents de lait une fluorescence blanc bleutée ; les fausses dents ne sont pas fluorescentes.

La sclérotique et la cornée de l'*œil*, ont une couleur bleuâtre aux rayons UV ; l'iris demeure incolore ; le cristallin se teinte fortement en jaune vert chez l'enfant, en gris vert à partir de 13 ans, en bleu gris à partir de 35 ans.

Les *anomalies de la pigmentation cutanée* se voient beaucoup mieux à la lumière UV qu'à la lumière du jour (vitiligo, leucodermie psoriasique). Des troubles pigmentaires peuvent être constatés 12 ans après une pigmentation solaire localisée, 20 ans après la guérison d'un eczéma.

Presque tous les hommes de race blanche présentent sur le visage des *taches de rousseur* visibles aux rayons UV. Ces taches sont naturellement beaucoup plus intenses comme nombre, couleur, chez les sujets à cheveux roux ; on les trouve aussi très abondants chez les sujets non roux, mais qui ont des membres de leur famille aux cheveux roux.

Une fluorescence s'observe dans les *anomalies de kératinisation* ; des foyers d'*eczémas* latents sont facilement décelés sur la peau d'eczémateux paraissant sains, grâce aux rayons UV. On note une teinte rouge sur les plaques de *psoriasis*, dont les squames ont été enlevées : les *verrues séniles* du dos donnent une fluorescence jaune intense.

Dans la plupart des cas de *lupus érythémateux*,

on trouve une augmentation de la fluorescence rouge qu'on observe normalement à l'orifice des follicules pileux.

Le diagnostic des *mycoses* de la peau et du cuir chevelu (*microsporie pityriasis versicolor*) est grandement facilité par l'examen aux rayons UV. Les foyers de microsporie apparaissent verts, ceux de pityriasis versicolor jaune verdâtre. Mais la culture de cheveux microsporiques ne montre pas de fluorescence verte. La fluorescence ne provient pas habituellement des spores, mais des filaments mycéliens. R. BURNIER.

Bjorling. ***La radiothérapie de l'eczéma*** (*Acta dermato-venereologica*, tome X, fasc. 4, Septembre 1929). — B. précise certaines règles à observer dans le traitement de l'eczéma par les rayons X. Ce traitement ne doit être institué que s'il est inoffensif. Il faut donc mesurer exactement la dose à appliquer, au point de vue quantitatif et qualitatif. La dose doit être graduée suivant le degré d'irritation de l'eczéma : il est important de donner de faibles doses en cas d'eczéma suintant. Une seule filtration est suffisante pour tous les cas d'eczéma.

Il ne faut commencer la radiothérapie de l'eczéma qu'après avoir traité pendant quelques semaines cet eczéma par les autres méthodes et après avoir constaté que ces méthodes ont échoué.

Les résultats de l'irradiation ne peuvent être jugés que 2 semaines après l'application, au plus tôt. R. BURNIER.

ARCHIVES OF DERMATOLOGY AND SYPHILOLOGY
(Chicago)

Fraser. ***Maladie de Bowen et maladie de Paget du mamelon*** (*Archives of Dermatology*, tome XVIII, n° 6, Décembre 1928). — La lésion essentielle et primitive de la maladie de Bowen n'est pas une dyskératose, mais un trouble du développement épithélial, dans lequel les cellules présentent les altérations d'une néoplasie maligne. La maladie de Bowen doit être classée comme un cancer intra-épidermique. La lésion peut demeurer indéfiniment épidermique ; elle peut aussi traverser la membrane basale et infiltrer le chorion et les tissus profonds. Comme la maladie de Bowen est un cancer, il n'y a pas lieu de la désigner par le terme « précancéreux », employé par Bowen et par Darier.

La maladie de Paget du mamelon est aussi un cancer et ne doit pas être classée dans les dyskératoses de Darier. Dans le cas rapporté par F., la lésion cutanée était une métastase d'un cancer des conduits. Les cas publiés sous le nom de maladie de Paget extra-mammaire sont des maladies de Bowen.

Quant à la dyskératose folliculaire de Darier et au molluscum contagiosum, ces affections doivent être classées dans un groupe différent des maladies de Bowen et de Paget. R. BURNIER.

ENDOCRINOLOGY
(Los Angeles)

R. M. Wilder. ***Hyperparathyroïdie ; tumeur des glandules parathyroïdes associée à de l'ostéite fibreuse*** (*Endocrinology*, t. XIII, n° 3, Mai-Juin 1929). — Se basant sur des constatations antérieures qui avaient montré la fréquence de l'hypertrophie des parathyroïdes dans l'ostéomalacie (Erdheim) et certaines maladies du squelette telles que l'ostéite fibreuse et le rachitisme (Hoffheinz), sur les résultats défavorables de la greffe parathyroïdienne dans l'ostéite fibreuse (Mandl) qu'Erdheim considérait à tort comme résultant d'une hypertrophie des parathyroïdes et sur l'amélioration obtenue dans ce même cas par l'ablation d'un adénome parathyroïdien, enfin sur 3 cas de tumeur parathyroïdienne observés par Gold, Barr et par lui-même chez des sujets présentent de l'ostéite fibreuse, W. isole un nouveau syndrome endocrinien, celui de l'hyperparathyroïdie, qui s'oppose à celui de l'insuffisance parathyroïdienne de la tétanie comme l'hyperthyroïdie au myœdème et l'hyperinsulinisme au diabète.

Les caractéristiques de l'hyperparathyroïdie sont l'affaiblissement progressif, accompagné de douleurs dans les os, la perte du tonus musculaire avec diminution de l'excitabilité électrique, la décalcification du squelette qui entraîne du ramollissement osseux et des déformations (bassin en entonnoir, scoliose, diminution de la taille, etc.), parfois des fractures, et qui s'accompagne souvent de tuméfactions multiples des os dues à la production de tumeurs à cellules géantes. En même temps, on trouve de l'anémie secondaire, une excrétion exagérée du calcium et du phosphore, se traduisant par un bilan négatif de ces éléments, une augmentation du calcium et une diminution des phosphates organiques du sérum, radiologiquement par de la décalcification diffuse des os qui présentent des zones kystiques, et dont l'analyse révèle une déperdition considérable en calcium et en phosphore et un accroissement tout au moins relatif en matière organique. Ces altérations squelettiques répondent à l'ostéite fibreuse de Recklinghausen qui serait mieux appelée ostéodystrophie fibreuse

La malade de W. était une femme de 32 ans, délicate depuis l'enfance, irrégulièrement et abondamment réglée, qui à 29 ans avait commencé à ressentir dans la hanche droite de la raideur et des douleurs qui bientôt atteignirent les autres jointures. L'année suivante, une petite masse apparut dans la thyroïde en même temps qu'une tumeur périostique au-dessous d'une des molaires qui fut enlevée et considérée comme un myélosarcome. Peu après une nouvelle tuméfaction se produisit dans la même région et motiva une résection osseuse étendue. A l'entrée à l'hôpital, un an plus tard, la marche était chancelante ; la radiographie montrait une raréfaction osseuse au niveau du bassin ; il existait des caries dentaires multiples. La faiblesse musculaire alla croissant. Revue l'année suivante, la malade se plaignait de douleurs osseuses et articulaires généralisées ; le calcium sanguin était augmenté (11 milligr. 4) et le phosphore diminué (1 milligr. 4). Les radiographies du rachis, du bassin et du crâne montraient des zones de raréfaction. Un an plus tard, toute marche était devenue impossible, les douleurs ostéo-articulaires étaient devenues plus intenses. La raréfaction osseuse donnait l'aspect de formations kystiques. L'analyse d'un fragment d'os iliaque révélait un excès de substances organiques et la pauvreté en sels de chaux. On institua alors un traitement par les rayons ultra-violets et le régime riche en vitamines. Le bilan du calcium, du phosphore, du magnésium et de l'azote devint alors positif ; le poids et les forces augmentèrent beaucoup, l'anémie rétrocéda ; mais le calcium et le phosphore sanguins ne se modifièrent guère non plus que les douleurs osseuses. Une exploration faite sur l'extrémité supérieure du fémur d'aspect kystique ne révéla que de la porosité de l'os, le tissu enlevé se montra constitué par des cellules géantes. L'attention fut alors attirée sur la tumeur thyroïdienne considérée jusque-là comme un adénome non toxique et l'on évoqua le cas de Barr. L'opération montra qu'il s'agissait bien en réalité d'une tumeur parathyroïdienne et d'un adénome probablement malin. Celle-ci enlevée, la calcémie tomba en trois jours à un taux voisin de celui de la tétanie. On prescrivit un régime riche en vitamine D et du phosphate de chaux. Les douleurs disparurent ; la marche redevint presque normale ; la densité des os s'accrut ; le calcium du sang se maintint à un taux inférieur à la normale (8 milligr. 3), le phosphore inorganique étant de 1 milligr. 8.

P.-L. MARIE.

R. G. Hoskins et F. H. Sleeper. ***Recherches endocriniennes dans la démence précoce*** (*Endocrinology*, tome XIII, n° 3, Mai-Juin 1929). — Il existe manifestement des désordres endocriniens dans la démence précoce, mais la signification des facteurs endocriniens réclame encore une étude approfondie.

H. et S. ont tenté de déterminer d'abord la fréquence des troubles endocriniens significatifs chez 80 malades hospitalisés dans des asiles et pris au hasard, ensuite les résultats physiques et mentaux que donne la correction de ces troubles, enfin les effets de l'opothérapie faite empiriquement chez des malades considérés comme n'ayant pas de troubles endocriniens. Pour apprécier ces troubles, ils ont employé la méthode diagnostique de Rowe qui comporte une étude complète du métabolisme des sujets.

Parmi ces 80 malades, la moitié présentaient des signes nets ou probables d'insuffisance endocrinienne, atteignant dans 14 cas la thyroïde et dans 13 l'hypophyse ; dans les 13 autres cas la glande en cause ne put être déterminée. 53 des 80 malades furent soumis à l'opothérapie. Parmi ceux qui présentaient des troubles endocriniens la moitié furent améliorés notablement du point de vue mental. Dans la catégorie des cas non endocriniens il n'y eut que 5 exemples d'une amélioration semblable sur 39 expériences faites.

A la suite de l'opothérapie 5 malades s'améliorèrent à tel point qu'ils purent être renvoyés chez eux. Là, le traitement fut suspendu. Mais l'un d'eux qui le continua, de même que 3 autres qui sont encore à l'asile, restèrent débarrassés ou presque de manifestations psychiques.

Les améliorations les plus marquées furent notées dans la forme catatonique, les moindres dans la forme paranoïaque, ce que l'on doit peut-être rattacher à la fréquence de l'insuffisance thyroïdienne dans les formes catatoniques et de l'insuffisance hypophysaire chez les paranoïaques.

Parmi les extraits glandulaires employés, le thyroïdien se montra le plus efficace ; il permit d'obtenir une amélioration psychique dans 10 des 11 cas diagnostiqués comme hypothyroïdie, tandis qu'il resta sans effet sur les troubles mentaux dans 11 cas ne présentant pas de symptômes endocriniens, tout en se montrant utile pour corriger certaines conditions physiques telles que l'anémie secondaire ou la diminution du métabolisme basal.

L'usage des préparations hypophysaires par voie buccale fut suivi d'amélioration dans 2 cas sur 12 diagnostiqués comme insuffisance hypophysaire. Il est possible que les doses données aient été insuffisantes.

La préparation de glandes génitales (testicule et prostate) utilisée se montra dépourvue d'efficacité.

Dans 3 cas seulement de la catégorie des 37 cas non endocriniens on constata une amélioration mentale à la suite de l'opothérapie thyroïdienne, hypophysaire ou génitale ; dans 2 autres cas l'opothérapie pluriglandulaire procura une amélioration.

Le degré d'amélioration finale à attendre de l'opothérapie n'a pu être déterminé, non plus que la permanence des résultats obtenus.

En somme, H. et S. estiment que les insuffisances endocriniennes jouent un rôle important dans la démence précoce et que dans les cas convenablement choisis l'opothérapie constitue un traitement de valeur. P.-L. MARIE.

THE JOURNAL of the AMERICAN MEDICAL ASSOCIATION
(Chicago)

Y. Henderson (de New-Haven). ***La physiologie de l'atélectasie*** (*Journal of the American medical Association*, tome XCIII, n° 2, 13 Juillet 1929). — **P. Coryllos** (de New-York). ***L'atélectasie post-opératoire et la pneumonie post-opératoire*** (*Journal of the American medical Association*, tome XCIII, n° 2, 13 Juillet 1929). — **W. Holmes** (de Boston). ***L'examen aux rayons X dans l'atélectasie massive et la pneumonie post-opératoire*** (*Journal of the American medical Association*, tome XCIII, n° 2. 13 Juillet 1929). — Ces 3 articles étudient, à divers points de vue, l'atélectasie pulmonaire massive post-opératoire qui a fait l'objet aux Etats-Unis d'un grand nombre de publications récentes.

— H. étudie l'atélectasie pulmonaire post-opératoire dans ses rapports avec la physiologie de la respi-

ration. La perméabilité du poumon est en rapport direct avec l'ampleur des mouvements respiratoires : plus ceux-ci sont étendus, plus les premiers sont perméables, tandis qu'au contraire, une respiration superficielle entraîne une tendance à l'obstruction bronchique. Or l'excitant naturel des mouvements respiratoires est l'acide carbonique. C'est ainsi que H. a conseillé l'inhalation d'acide carbonique pour lutter contre l'asphyxie par l'oxyde de carbone ou les asphyxies au cours de l'anesthésie.

Les recherches de Merckleim ont montré que le poumon est en réalité un organe musculaire, et que des fibres musculaires lisses s'étendent non seulement dans la paroi des bronches, mais également dans celle des alvéoles. Les facteurs qui rendent la respiration plus ample tendent à dilater les voies aériennes, ceux qui diminuent la respiration à la contracter. En conséquence, H. conseille, pour lutter contre l'atélectasie pulmonaire, l'emploi de l'excitant normal de la respiration, c'est-à-dire de l'acide carbonique, sous forme d'inhalations d'oxygène contenant 5 pour 100 de CO^2.

— C. étudie expérimentalement et cliniquement l'atélectasie pulmonaire et la pneumonie post-opératoire. Pour lui, il s'agit de deux degrés d'un même processus morbide causé par le pneumocoque. Les expériences faites par C. sur l'atélectasie et la pneumonie lobaire post-opératoire démontrent que l'atélectasie pulmonaire est due à une obstruction bronchique brusque et complète, sans qu'il faille faire intervenir ni paralysie des muscles respiratoires, ni phénomènes d'ordre nerveux réflexes. L'expérience montre que, si l'on injecte des pneumocoques dans les bronches d'un chien et si l'on provoque en même temps une obstruction bronchique, on voit apparaître, suivant les cas, une atélectasie massive du poumon ou une pneumonie.

Voici donc comment C. explique l'apparition de l'atélectasie et de la pneumonie post-opératoire. Après une intervention, et surtout une intervention abdominale, les mouvements respiratoires sont moins amples, d'où obstruction plus ou moins marquée des bronches, stagnation dans celles-ci des produits sécrétés, entraînant une irritation secondaire et accentuant l'obstruction des canaux bronchiques. Dès lors, l'infection irait compléter le syndrome ; si c'est un pneumocoque virulent, du type IV, qui domine, on observe l'atélectasie pulmonaire ; en cas d'infection par des pneumocoques plus virulents, une pneumonie lobaire fait suite à cette dernière ; enfin, si les microbes dominants sont des anaérobies, on peut voir apparaître un abcès putride du poumon ou une gangrène pulmonaire.

— H. étudie l'atélectasie pulmonaire massive post-opératoire du point de vue radiologique. Celle-ci se manifeste par une opacité dense qui peut remplacer les ombres pulmonaires créées par un abcès du poumon ou une dilatation. C'est la forme assez spéciale des ombres qui permet, radiologiquement, de distinguer l'atélectasie pulmonaire, mais ce diagnostic est en général fort délicat.

Pierre-Noel Deschamps.

W. Gardner et Ch. Frazier (de Philadelphie). ***Ventriculographie sous injection d'air*** (*Journal of the American medical Association*, tome XCIII, n° 3, 20 Juillet 1929). — G. et F. proposent, pour la ventriculographie, une technique qui permettrait d'éviter les variations brusques de pression intra-ventriculaire. Voici leur manière de procéder. Le malade est placé sur une table en position inclinée, les épaules surélevées et la tête inclinée en avant au moyen de coussins de sable, en pratique au niveau du rein, de part et d'autre de la ligne médiane à 5 cm. de celle-ci, et 6 cm. au-dessus de la protubérance occipitale externe. Une canule est introduite dans chacune des cornes postérieures des ventricules latéraux, et la pression est évaluée au moyen d'un manomètre à mercure. On fait alors une injection de 1 cmc de carmin d'indigo dans l'un des ventricules ; après quelques instants, on laisse s'écouler simultanément le liquide ventriculaire de chacun des deux ventricules. Si la substance colorante apparaît au niveau du ventricule opposé à celui où elle a été injectée, c'est que les deux ventricules communiquent normalement. On mesure la quantité de liquide écoulé ; quand l'écoulement cesse, on relève la tête du sujet et on la tourne sur le côté, de façon que l'une des canules ait une position plus déclive que l'autre ; la canule inférieure fait alors siphon, si bien que, lorsque le liquide s'en écoule à nouveau, de l'air est aspiré par le liquide supérieur. On peut favoriser cette aspiration d'air en faisant exécuter par un assistant des pressions rythmées sur la jugulaire. Ainsi la pression intra-ventriculaire de l'air introduit n'est jamais supérieure à la pression atmosphérique.

Pierre-Noel Deschamps.

L. Swaim (Boston). ***Etudes sur le métabolisme basal dans le rhumatisme chronique*** (*Journal of the American medical Association*, tome XCIII, n° 4, 27 Juillet 1929). — Etudiant l'état du métabolisme basal dans 312 cas de rhumatisme chronique, S. l'a trouvé anormal (c'est-à-dire augmenté de + 10 pour 100 ou diminué de — 10 pour 100) dans 39 pour 100 des cas ; chez 14 pour 100 il était augmenté et chez 25 pour 100 diminué. Toutefois, la plupart de ces variations demeuraient dans des taux modérés : 84 malades sur 312 étaient entre 0 et + 20, 178 entre 0 et — 20 et un seul au-dessous de — 30 pour 100.

Ni le sexe, ni l'âge ne paraissent avoir d'influence particulière sur l'état du métabolisme. Il en est de même de l'état d'activité ou de non-activité du processus rhumatismal. On ne peut par ailleurs faire intervenir, dans le déterminisme des variations du métabolisme, la forme clinique du rhumatisme. Contrairement à ce qui a été soutenu, les recherches de S. ne paraissent pas montrer que le métabolisme basal soit particulièrement élevé dans le rhumatisme chronique post-infectieux.

L'administration d'extrait thyroïdien, dans le rhumatisme chronique, n'élève pas le métabolisme basal quand il est abaissé, mais cette médication améliore cependant nettement ces malades. Il y a donc intérêt à leur donner de fortes doses d'extrait thyroïdien, en les surveillant de près, pour éviter les accidents d'hyperthyroïdisme. Dans l'ensemble, on peut dire qu'il y a fréquemment, dans cette affection, des altérations du métabolisme basal, la tendance la plus fréquemment observée étant un abaissement de celui-ci. On peut se demander si, chez certains sujets, un abaissement isolé du métabolisme basal ne constituerait pas un stade pré-arthropathique.

Pierre-Noel Deschamps

A. Kegel, W. Mac Nally et A. Pope (Chicago). ***Intoxication par le chlorure de méthyle due à l'emploi de réfrigérateurs domestiques*** (*Journal of the American medical Association*, t. XCIII, n° 5, 3 Août 1929). — Les propriétés toxiques du chlorure de méthyle sont connues depuis plus de 50 ans déjà et dans la littérature médicale allemande l'on ne relève pas moins de 22 cas d'intoxication par ce gaz chez des ouvriers travaillant auprès de machines à fabriquer de la glace. K. et ses collaborateurs insistent sur la possibilité d'intoxications semblables, de symptômes d'ailleurs beaucoup plus insidieux et difficiles à dépister, et liés à l'emploi d'appareils refrigérateurs domestiques, fonctionnant au chlorure de méthyle et dont l'emploi s'est considérablement répandu aux Etats-Unis, puisque, dans une ville comme Chicago, on n'en trouverait pas moins de 75.000 en service.

Des recherches entreprises au service des mines des Etats-Unis ont montré que l'exposition, pendant 10 à 12 heures, aux effets de ce gaz, à une concentration inférieure à 0,12 pour 100, est insuffisante pour entraîner la mort chez le cobaye.

En une seule année, K. et ses collaborateurs ont rapporté à Chicago 24 cas d'intoxication par le chlorure de méthyle, avec 10 décès. Le tableau clinique est constitué par l'apparition de symptômes nerveux tels que somnolence, confusion mentale, et enfin coma, associés à des vomissements, parfois à des convulsions.

La température, le pouls et le système respiratoire sont augmentés, l'anurie est fréquemment observée. L'examen hématologique montre un état d'anémie se rapprochant du type de l'anémie aplastique sans figure de régénération globulaire. Il existe en outre fréquemment un syndrome de néphrite aiguë. Les lésions sont analogues à celles qui ont été observées chez l'animal tué après une exposition à des doses faibles de chlorure de méthyle.

Pierre-Noel Deschamps.

G. Havland, W. Campbell, E. Waltby et W. Robinson (Toronto). ***Le dysinsulinisme : convulsions et coma dus à une tumeur « insulaire », atteignant les îlots de Langerhans du pancréas*** (*Journal of the American medical Association*, 31 Août 1929). — H., C., W. et R. rapportent ici la très curieuse observation d'un sujet présentant des symptômes de dysinsulinisme, liés à l'existence d'une tumeur carcinomateuse atteignant électivement les cellules « insulaires » du pancréas, et qui put être extirpée. H., C., W. et R. rappellent à ce propos l'observation antérieure de Wilder-Allun, Power et Robertson[1], que nous avons analysée ici même, et qui concernait un médecin atteint d'une volumineuse tumeur cancéreuse du pancréas, propagée au foie, et qui donnait lieu à des accidents d'hypoglycémie.

Dans le cas présent, il s'agissait d'une femme de 52 ans, chez qui apparurent, à partir de 1922, des attaques convulsives accompagnées de lipothymie et de syncope. Ces crises survenaient très brusquement et l'on s'aperçut qu'elles étaient calmées par l'alimentation, et notamment par l'ingestion d'aliments hydrocarbonés. De telles crises duraient depuis 6 ans, lorsque, en Janvier 1929, la malade, devant leur répétition, se fit admettre à l'hôpital pour y subir des examens complémentaires. La mesure de la glycémie montra un abaissement net de celle-ci lors des attaques ; les convulsions et le coma étaient rapidement supprimés soit par injection intra-veineuse, soit par ingestion de glucose. On arriva ainsi à soupçonner l'existence d'une tumeur du pancréas et l'intervention fut décidée. Celle-ci montra une tumeur encapsulée à la partie moyenne du pancréas, qui fut extirpée. A l'examen histologique, il s'agissait d'un carcinome atypique du type langerhansien, formé de cellules rappelant par leur conformation les cellules « insulaires », et contenant en excès de l'insuline.

Depuis l'intervention, dont les suites furent très simples, la malade n'a plus eu aucune crise et le chiffre de la glycémie est revenu à un taux normal.

Pierre-Noel Deschamps.

J. Boyd, J. Milgran, G. Stearns (Iowa City). ***Hyperparathyroïdisme clinique*** (*Journal of the American medical Association*, tome XCIII, n° 9, 31 Août 1929). — Les courbures osseuses qui s'observent chez certains sujets et coïncident avec une augmentation de volume des parathyroïdes, constatée à l'autopsie, sont habituellement interprétées comme un phénomène secondaire et une sorte de réaction de l'os aux troubles du métabolisme calcique. Cependant, suivant Mandl, il s'agirait d'un phénomène primitif, directement lié à l'hyperfonctionnement des parathyroïdes. B. et ses collaborateurs rapportent ici l'observation d'un sujet de 21 ans qui vint consulter parce qu'il présentait une courbure progressive des membres inférieurs rappelant (sur les photographies publiées dans l'article) celles de la maladie de Paget.

L'examen radiographique des os montrait une distribution très irrégulière de la calcification, avec irrégularités de la limite ostéo-périostique et clarté anormale de la gaine diaphysaire des os longs, tandis que les os courts ou les extrémités épiphysaires présentaient en certains points une opacité anormale. On posa le diagnostic de malformation osseuse du type hyperparathyroïdien De fait, à l'intervention, on trouva un adénome des deux parathyroïdes supérieures droite et gauche, qui furent extirpées. Immédiatement, après l'intervention, apparurent des signes de tétanie parathyréoprive qui furent jugulés par des injections de sérum calcique

1. Wilder, Allun, Power et Robertson. — « Carcinoma of the Islandy of the pancréas ; hyperinsulinisme and hypoglycemin ». *Jour. of the Amer. méd. Assoc.*, t. LXXXIX, Juillet 1927, p. 348.

et la prise d'extrait parathyroïdien de Collip. 2 mois après l'intervention, les déformattons osseuses étaient déjà moins marquées, et, à l'examen à l'écran, la densité des os longs était beaucoup plus marquée.

Au point de vue terminal, l'hyperparathyroïdisme se traduit par une élimination urinaire exagérée du calcium associée à une hypercalcémie; les sels calciques des os sont ainsi mobilisés, d'où déminéralisation de ceux-ci; on arrive ainsi, par exagération du métabolisme du calcium, aux mêmes effets que ceux qui sont produits, dans le rachitisme, par la fixation insuffisante des sels calciques.

PIERRE-NOEL DESCHAMPS.

G. Bader (New-York). *L'injection intramusculaire de sang total d'adulte comme moyen de prévention contre la rougeole* (*Journ. of the American medical Association* tome XCIII, n° 9, 31 Août 1929). — Chez 30 enfants âgés respectivement de 6 à 42 mois, B. fait une injection intramusculaire de 20 à 30 cmc de sang total de sujets guéris depuis longtemps de la rougeole. Les injections avaient été pratiquées dans les premiers jours suivant le contact avec un rougeoleux. Elles ont assuré à 12 des sujets injectés une protection complète puisqu'ils échappèrent complètement à la contagion; chez 9 d'entre eux, apparut seulement une rougeole bénigne, sans aucun symptôme de catarrhe; chez 8, au contraire, on n'observa que quelques symptômes de catarrhe, sans éruption. Un seul des enfants présenta une éruption typique, associée à un signe de Köplik; tous les autres n'eurent que des érythèmes très peu caractéristiques. Il n'y eut jamais de complications.

Les observations de B. paraissent démontrer que les injections de sang total de sujets convalescents de rougeole, ou même guéris depuis longtemps, représentent un moyen d'immunisation très satisfaisant, que vient confirmer encore la lecture des observations des nombreux auteurs rapportées ici dans une revue d'ensemble. D'autre part, cette thérapeutique est plus simple à mettre en œuvre que les injections de sérum de convalescent de rougeole, ce dernier faisant souvent défaut ou ne pouvant être utilisé qu'en quantités insuffisantes.

PIERRE-NOEL DESCHAMPS.

W. Johnson (Winston-Salem). *Le tabagisme; étude clinique* (*Journal of the American medical Association*, t. XCIII, n° 9, 31 Août 1929). — J., dans le but de préciser par des moyens cliniques les effets de l'usage du tabac, a comparé le chiffre de la tension artérielle. en fonction de l'âge, de la taille et du poids, à la fois chez des fumeurs et des non-fumeurs. Dans une série de 150 sujets adultes, de sexe masculin et fumeurs, la pression systolique moyenne était de 12,8, la diastolique de 7,88. Chez un nombre égal de non-fumeurs, la pression systolique était de 12,96, la diastolique de 7,92, toutes les conditions de taille, de poids et d'âge étant par ailleurs égales. D'autre part, dans 60 cas de mort par angine de poitrine, 42, ou 70 pour 100, concernaient des fumeurs, 30 pour 100 des non-fumeurs. Mais il faut tenir compte, d'une façon générale. de la grande proportion des fumeurs : sur 1.000 employés de téléphone du sexe masculin, dans cinq villes différentes, 81 pour 100 étaient fumeurs.

Enfin, sur 20 sujets observés, la pression artérielle ne changeait pas après usage du tabac chez 5 d'entre eux, tandis qu'elle s'abaissait chez 15. La chute moyenne de pression ainsi enregistrée atteignait 1/2 mm. de Hg pour la systolique, 1/3 cm. pour la diastolique. De ces observations, J. tire les conclusions suivantes :

L'acte de fumer n'a pas d'effet permanent sur la pression artérielle; contrairement à la croyance populaire, l'usage du tabac n'entraîne pas une diminution de poids.

Il est très douteux que l'abus du tabac joue un rôle quelconque dans l'étiologie de l'angine de poitrine. L'acte de fumer, s'il agit sur la pression artérielle, ne l'élève pas, mais produit au contraire un abaissement temporaire de celle-ci. Au total, on peut admettre que l'effet du tabac sur l'organisme est uniquement local et se cantonne au pharynx.

PIERRE-NOEL DESCHAMPS.

F. Dixon (Cleveland). *Perforation de la cloison nasale chez les ouvriers employés à la chromisation* (*Journal of the American medical Association*, tome XCIII, n° 11, 14 Septembre 1929). — Lors de la chromisation, des émanations d'acide chromique atteignant le nez peuvent créer des lésions graves de la cloison nasale. D. rapporte 18 cas de perforation de celle-ci. L'apparition de tels accidents dépend, suivant D., de la ventilation convenable des ateliers où les ouvriers manipulent l'acide chromique.

Cliniquement, le processus est insidieux et la perforation se fait sans douleur. Dans tous les cas, la perforation était limitée au début de la cloison cartilagineuse. Mais elle tendait à une extension progressive, englobant, au bout d'un certain temps, le vomer et la lame perpendiculaire de l'ethmoïde. A ce moment, apparaissent des phénomènes d'infection locale, avec jetage, présence de croûtes sur les narines et odeur fétide. Au point de vue thérapeutique, D. recommande l'application locale d'huile de pétrole.

PIERRE-NOEL DESCHAMPS.

THE MEDICAL JOURNAL OF AUSTRALIA (Sydney)

K. D. Fairley, N. H. Fairley et H. et F. E. Williams (Melbourne). *Quelques erreurs dans l'épreuve intradermique pour la maladie hydatique* (*The medical Journal of Australia*, t. II, n° 10, 7 Septembre 1929). — K. D. F. a montré que, sur 87 cas ayant présenté, avant l'opération, une réaction intradermique au liquide hydatique filtré, 52 seulement avaient réellement un kyste échinococcique (59,8 pour 100). Si l'absence de réaction immédiate à l'épreuve intradermique a une réelle valeur pour exclure l'infestation hydatique, l'existence de la réaction ne peut être considérée que comme une indication de la présence du parasite.

Un certain nombre d'erreurs sont dues à l'antigène employé. Certains sujets sont sensibilisés aux protéines du sérum de mouton; d'autres peuvent se sensibiliser à l'antigène hydatique; des personnes n'ayant pas réagi à une première épreuve présentèrent plus tard une réaction immédiate ou retardée sans être atteintes de la maladie hydatique.

L'antigène à employer doit être éprouvé sur une série de malades connus comme normaux ou comme réagissant à un antigène bien préparé.

L'injection intradermique doit être faite à la partie supérieure du bras et, si le patient a déjà été soumis à cette épreuve, il est essentiel de pratiquer l'injection très loin de la première intradermo-réaction. Il faut mesurer les dimensions de la réaction, surtout si le résultat est douteux.

Une réponse immédiate est sans valeur chez un malade qui donne une réponse positive ou douteuse à l'injection témoin de sérum salé physiologique.

La réaction ne doit être interprétée comme spécifique que s'il n'y a pas de sensibilisation aux protéines contenues dans l'antigène et si on peut exclure la présence d'autres helminthes.

La syphilis, l'asthme, l'urticaire, le prurit peuvent occasionnellement conduire à de faux résultats positifs. Les erreurs dues à de fausses réactions positives seront évitées par la standardisation de l'antigène, par la mesure précise de la réaction, en excluant la sensibilisation aux protéines et l'infestation par d'autres helminthes.

Enfin, un deuxième témoin par pression modérée de la peau avec un instrument à pointe mousse permet d'éliminer les réactions purement dermographiques.

ROBERT CLÉMENT.

W. J. Penfold et C. A. Price (Melbourne). *L'index réfractométrique du liquide cérébro-spinal* (*The medical Journal of Australia*, tome II, n° 13, 28 Septembre 1929). — Pratiquement, l'examen physique du liquide céphalo-rachidien est limité à sa couleur, à son degré d'opacité et à la pression sous laquelle on le retire.

Jusqu'à présent on a peu exploré ce chapitre et les recherches sur l'indice réfractométrique sont rares ou ont été faites post-mortem.

Cependant, la détermination de l'indice réfractométrique a une certaine valeur pour le diagnostic de certaines maladies.

L'indice fut remarquablement constant dans le liquide céphalo-rachidien de 7 adultes : il fut, en moyenne, de 1,33510. L'écart moyen des observations individuelles ne dépasse pas 0,00002 et l'écart le plus considérable 0,00006.

Chez l'enfant, la moyenne, dans 7 cas, fut 1,33508, L'écart moyen ne dépassant pas 0,00003 et le plus considérable 0,00005.

L'indice réfractométrique moyen du liquide céphalo-rachidien normal de l'homme est donc environ 1,33510. Les écarts de 0,00008 au-dessus ou au-dessous de ce chiffre doivent être regardés comme pathologiques.

Une augmentation du taux de l'urée et du glucose dans le liquide céphalo-rachidien correspond à une élévation de l'indice réfractométrique. Si l'indice ne dépasse pas 1,33512, le coma urémique et le coma diabétique peuvent être exclus.

Une grosse hyperalbuminose rachidienne correspond à une élévation de l'indice, tandis qu'une augmentation modérée des protéines peut ou non être associée à une élévation de l'indice à cause de l'effet compensateur de la chute des chlorures qui l'accompagne si souvent.

Une diminution des chlorures ne correspond qu'exceptionnellement à une chute de l'indice.

Les liquides céphalo-rachidiens des urémiques montrèrent un indice élevé; l'urémie chez les diabétiques correspond à un indice très haut.

Dans les méningites, l'indice est habituellement, mais non constamment élevé, la chute des chlorures neutralisant l'effet de l'augmentation des albumines.

Dans les tumeurs intracraniennes l'indice est normal ou élevé.

Il fut normal dans 3 cas d'encéphalite léthargique et 2 de poliomyélite antérieure aiguë; de même que dans 2 cas de méningisme sans méningite au cours de la pneumonie.

On peut déceler un blocage spinal en comparant les indices réfractométriques des liquides lombaire et ventriculaire.

P. et P. ont encore trouvé de légères élévations de l'indice dans des cas de tabes, de manie aiguë, de délire au cours de la grippe.

ROBERT CLÉMENT.

BOLETINOS Y TRABAJOS DE LA SOCIEDAD DE CIRURGIA DE BUENOS AIRES

A. Buzzi. *Les néoplasmes du sein chez l'homme* (*Boletinos y Trabajos de la Sociedad de Cirurgia de Buenos Aires*, tome XIII, n° 23, 25 Septembre 1929). — En raison de la rareté des cas, B. rapporte deux observations personnelles qui se joignent à une autre observation personnelle publiée antérieurement :

La première concerne un sujet de 55 ans dont la tumeur serait apparue huit ans auparavant à la suite d'un traumatisme local : elle ne se serait réellement manifestée à son attention que depuis trois ans, tout à fait par hasard. Elle est actuellement ulcérée et s'accompagne d'une adénopathie axillaire caractéristique. Il s'agit, ainsi que l'a montré l'examen de la pièce opératoire, d'un adéno-carcinome typique.

Il est difficile également de fixer la date du début de la tumeur du second malade, puisque ce sujet s'en est aperçu par hasard au cours d'un bain. Toujours est-il qu'elle n'adhérait guère aux plans profonds sur lesquels elle gardait une certaine mobilité.

La peau n'adhérait qu'au niveau du mamelon. Pas d'adénopathie perceptible au niveau de l'aisselle. L'examen histologique post-opératoire fit porter le diagnostic d'épithélioma (2 microphotographies).

M. NATHAN.

CURE DE DÉSINTOXICATION INTESTINALE
HÉPATIQUE ET RÉNALE

LE CARBOLACTYL

Ses Trois Formes :

Poudre de Carbolactyl

(Ferments Lactiques et Pancréatiques, Agar Agar, Charbon végétal)

ENFANTS : 2 à 6 mesures par jour.

Carbolactyl Simple

(Même composition)

ADULTES : 2 à 4 cachets par jour.

Carbolactyl Bilié

(Même composition avec addition de sels biliaires purifiés)

ADULTES : 2 à 4 cachets par jour.

Pas de comprimés : le comprimé est le résultat d'une opération mécanique violente, destructrice des ferments, matière vivante et organisée.

19, rue de Fleurus, PARIS (6e). Échantillons sur demande







ASSOCIATION
PASSIFLORE CRATÆGUS SAULE

ANXIÉTÉ
ANGOISSE
INSOMNIE NERVEUSE
TROUBLES NERVEUX
DE LA VIE GÉNITALE
TROUBLES FONCTIONNELS
DU CŒUR
ÉTATS NÉVROPATHIQUES

LABORATOIRES
DE LA
PASSIFLORINE
G. RÉAUBOURG
Dr en Pharmacie
1, Rue Raynouard
PARIS

NE CONTIENT
AUCUN TOXIQUE
VÉGÉTAL OU CHIMIQUE

Dose : 2 à 3 cuillerées à café par jour

REVUE DES JOURNAUX

ANNALES DE MÉDECINE
(Paris)

C. Bacaloglu, N. Balan, L. Ballif et C. Vasilescu (Jassy, Roumanie). ***Le kyste hydatique du cœur*** (*Annales de Médecine*, t. XXVI, n° 3, Octobre 1929). Les auteurs rapportent avec tous ses détails macroscopiques et microscopiques l'observation d'un agriculteur de 28 ans qui était porteur de kystes hydatiques du cœur et qui fut interné pour des phénomènes dus à d'innombrables embolies cuticulaires disséminées dans tous les territoires du cerveau. La grêle emboligène fut d'ailleurs disséminée dans tous les organes du malade. Le malade succomba à la suite de la septicémie provoquée par la suppuration d'un des infarctus spléniques.

On trouva des cocci dans la poche purulente et à la superficie du thrombus auriculaire, au niveau de la déhiscence du kyste. Pourtant il n'y a pas eu de suppuration du thrombus et du kyste hydatique du cœur.

Les embolies furent exclusivement cuticulaires : l'épaisse couche de membranes mortes qui tapissait le kyste rompu n'a pas permis aux scolex et aux vésicules germinatives vivantes de pénétrer dans le torrent circulatoire et de provoquer consécutivement l'échinococcose métastatique. Il convient d'insister sur la multiplicité énorme des embolies au niveau du cerveau, avec quelques foyers hémorragiques rares, dus à la rupture des vaisseaux anévrismatiques, et surtout des ramollissements disséminés partout. Ces lésions multiples, atteignant les voies pyramidales et la substance corticale, expliquent la tétraplégie et les troubles psychiques.

Les auteurs signalent la formation fréquente d'anévrismes artériels dans toutes les régions où sont arrêtées les membranes cuticulaires et ils ont étudié minutieusement l'extériorisation apparente de la cuticule (« géodes échinococciques ») à la suite de l'effondrement et de la disparition de l'élastique (surtout au niveau des vaisseaux spléniques).

Parmi les vaisseaux embolisés, le myocarde lui-même était farci avec des membranes cuticulaires ; les vaisseaux coronaires avaient apporté une première fois les embryons hexacanthes ; une seconde fois, au moment de la rupture kystique, les débris des membranes hydatiques, d'où une échinococcose multiple locale, par ensemencement de scolex et vésicules provoqué par la déhiscence d'un premier kyste dans l'épaisseur du myocarde.

Le myocarde, comme tous les autres points où s'est arrêté l'embolus, présentait une foule de cellules géantes, parfois énormes, surtout au voisinage de l'endothélium vasculaire.

A noter des embolies dans les artères hépatiques, dans les reins, jusque dans les glomérules de Malpighi, dans la capsule surrénale, le testicule et le pancréas. L. Rivet.

E. Géraudel. ***Le vestibule sinusal; ses connexions avec l'oreillette et le ventricule*** (*Annales de Médecine*, tome XXVI, n° 3, Octobre 1929). — Il existe, en amont de l'oreillette et du ventricule, une région du cœur qu'on peut appeler le vestibule sinusal ; c'est l'équivalent dans le cœur définitif du sinus du cœur de l'embryon.

L'activité du vestibule sinusal ne se révèle pas directement ; en particulier, elle n'est pas signalée sur l'électrocardiogramme. Mais elle se révèle indirectement par son influence périodique sur la propagation de l'onde musculaire qui gagne par une voie séparée le diverticule atrial inférieur.

La contraction de ce diverticule atrial inférieur est signalée par un accident électrique propre, auquel G. propose d'attribuer le sigle Pi. Cette contraction se présente sur les tracés de G. comme une contraction satellite de la contraction ventriculaire.

De la discussion des conditions qui commandent l'apparition de Pi et sa place par rapport à QRS, il résulte qu'on est autorisé dès à présent à identifier dans le vestibule sinusal quatre voies bien individualisées, unissant le vestibule au diverticule atrial supérieur, au diverticule atrial droit inférieur et au ventricule : voie auriculaire supérieure (AS) ; voie auriculaire inférieure (AI), voie infra-auriculaire inférieure (iAI), voie ventricule (V).

Le nœud de Keith et Flack, ou atrio-necteur, n'est pas l'équivalent du sinus. Il ne constitue qu'une partie du connecteur entre le vestibule sinusal et les diverticules atriaux droits.

Le faisceau de His ou ventriculo-necteur constitue une partie du connecteur entre le vestibule sinusal et le ventricule, une partie de la voie V.

Tous les faits d'automatisme ventriculaire relèvent d'une coupure de la voie V, sino-ventriculaire. Dans quelques-uns de ces faits, la coupure porte sur la partie vestibulaire de la voie V, au-dessus du faisceau de His et du nœud de Tawara.

L. Rivet.

REVUE DE MÉDECINE
(Paris)

S. Mintz (Bialystok). ***L'angine de poitrine*** (*Revue de Médecine*, tome XLVI, n° 7, 1929). — Il n'y a pas lieu de séparer l'angine de décubitus de l'angine d'effort : dans l'angine de décubitus, la douleur en rapport avec la position horizontale du malade est due à l'augmentation du volume de l'ondée systolique et du travail du cœur comme le montre le renforcement du deuxième bruit pulmonaire et parfois l'apparition d'un petit souffle systolique dans la position couchée, c'est donc encore une angine d'effort.

Au contraire, les crises douloureuses violentes et de longue durée, observées parfois en plein sommeil, qui ne sont pas augmentées par le mouvement, mais plutôt diminuées par lui, paraissent indépendantes de l'augmentation de travail du cœur et relever d'un mécanisme spécial.

M. classe les formes cliniques de l'angine de poitrine en formes aiguës et chroniques.

Parmi les douleurs précordiales, certaines sont plutôt des sensations de pesanteur, de vide et rentrent dans les éléments psychiques du syndrome comme l'angoisse et la sensation de mort imminente.

Il est très difficile d'expliquer l'immobilisation des malades pendant la crise.

Les irradiations douloureuses semblent bien relever du mécanisme invoqué par Mackenzie, d'un ébranlement médullaire, par la voie des *rami communicantes*. L'irradiation des processus irritatifs dans la substance grise de la moelle permet d'expliquer pourquoi le froid, une température élevée, un trouble viscéral ou périphérique peuvent être le point de départ d'un accès.

M. discute ensuite des diverses pathogénies de l'angine de poitrine : l'aortalgie de Clifford Allbut, l'épuisement cardiaque de Mackenzie, la coronarite, l'angiospasme de Potain et Huchard, la fatigue myocardique de Daniélopolu.

Pour lui, du fait des lésions vasculaires, il se produit non pas une accumulation de produits toxiques, mais une sommation d'irritation, due à une certaine rétention, à une lenteur de l'élimination de ces produits pendant le repos diastolique. Le cœur envoie des impulsions irritatives au système nerveux central, non seulement au moment de l'effort physique mais aussi pendant le repos général. « Sous l'action des impulsions irritatives provenant du cœur, dues à des efforts physiques et même indépendantes de ces derniers dans les formes avancées du mal, les centres correspondants, continuellement frappés par ces impulsions, entrent finalement en état de parabiose. En cas d'inhibition complète des centres, les phénomènes angineux cessent, une rémission s'établit durant laquelle le malade est susceptible de fournir un travail notable sans éprouver la moindre gêne. » Robert Clément.

ARCHIVES MÉDICO-CHIRURGICALES DE L'APPAREIL RESPIRATOIRE
(Paris)

D. Priboiano et Ch. Jorosian (Bucarest). ***Contribution à l'étude des accidents pulmonaires survenus à la suite de traumatismes du crâne*** (*Archives médico-chirurgicales de l'Appareil respiratoire*, tome IV, n° 2, Mars 1929). — Peu après les traumatismes du crâne, apparaissent parfois des complications pulmonaires qui assombrissent beaucoup le pronostic. Sur une statistique de 68 cas personnels, P. et J. ne trouvent que 7 sujets dont les poumons furent exempts de lésions décelables à l'autopsie. Ils ont trouvé 19 fois de la congestion pulmonaire ; 18 fois une pneumonie lobaire ; 10 fois des foyers apoplectiques disséminés ; 9 fois de l'œdème du poumon et 5 fois de la broncho-pneumonie.

Le début de l'accident pulmonaire est très précoce : quelques jours, parfois même quelques heures.

Chez les comateux, les accidents pulmonaires revêtent l'aspect de la pneumonie ou de la broncho-pneumonie par déglutition.

Dans 2 cas, P. et J. ont montré la participation d'embolies graisseuses capillaires qui interviendraient à titre pathogénique et traduiraient le « trouble fonctionnel de la lipopexie et de la lipodiérèse ».

Les lésions pulmonaires ont le plus souvent un caractère congestif ou hémorragique qui tient probablement à une paralysie du vague et aussi vraisemblablement à des troubles d'un centre vasomoteur supérieur, situé dans le thorax, dont l'existence a été prouvée par les recherches de Daniélopolu et ses élèves.

Ces facteurs, isolés ou associés, favorisent l'envahissement des poumons par les germes saprophytes des voies respiratoires supérieures.

La fréquence des accidents pulmonaires consécutifs aux traumatismes cranio-cérébraux offre un intérêt médico-légal, car peut se poser la question des relations entre les 2 phénomènes, et un intérêt clinique et pronostique. Robert Clément.

Ed. Archibald et M. Iselin (Montréal). ***Résultats du traitement chirurgical dans la tuberculose pulmonaire*** (*Archives médico-chirurgicales de l'Appareil respiratoire*, tome IV, n° 2, Mars 1929). — A. et I. rapportent les résultats de 167 interventions pratiquées depuis 9 ans : thoracoplasties totales, extrapleurales, sous-périostées portant sur 11 côtes, le plus souvent phrénicectomie à titre d'épreuve pour tâter la résistance du poumon opposé, comme adjuvant à la thoracoplastie ou comme thérapeutique isolée, et dans certains pneumothorax thérapeutiques, sections des adhérences pleurales, chirurgicales ou au galvano-cautère.

Dans l'ensemble, dans les « bons cas », il y eut 67 pour 100 de guérisons et 4,2 pour 100 de mortalité opératoire. Dans les « cas discutables », 38 p. 100 de guérisons, 20 pour 100 d'amélioration, 6,6 p. 100 de mortalité opératoire ; dans les « mauvais cas », 38 pour 100 sont morts des suites de l'opération, 28,5 pour 100 peu après.

Sur un total de 112 thoracoplasties pratiquées depuis plus de 1 an (à l'exclusion des empyèmes surinfectés), nous trouvons une mortalité opératoire de 11,6 pour 100 ; 37 pour 100 des malades ayant subi une thoracoplastie ont été pratiquement guéris, rendus à une vie quasi normale, et ces guérisons se maintiennent ; 17 pour 100 furent grandement améliorés, 15 pour 100 le furent modérément ; 4 pour 100 sont restés stationnaires ou pires, enfin, 15 pour 100 sont morts sans que ce dénouement puisse être imputé à l'opération. Robert Clément.

Paul Chevallier. ***Les périphrénites tuberculeuses primitives*** (*Archives médico-chirurgicales de l'Ap-*

pareil respiratoire, tome IV, nº 3, Mai 1929). — Le terme de périphrénite tuberculeuse a été créé par Loeper pour désigner une forme localisée au revêtement séreux du diaphragme de tuberculose pleuro-péritonéale.

Reprenant les observations de Loeper et s'appuyant sur quelques observations personnelles, C. fait une étude systématique des périphrénites tuberculeuses primitives.

Le début de la maladie est marqué par des douleurs siégeant dans les jambes ou gastriques, hépatiques, rénales ou coliques.

Le malade ne se présente pas comme un tuberculeux; pendant des années, il est considéré comme un névropathe, un rhumatisant ou un dyspeptique.

Les accidents prédominants de la période d'état sont gastriques ; l'état général est altéré, avec amaigrissement et asthénie, l'aspect d'ensemble rappelle celui d'un tuberculeux. La constipation est constante, on trouve une sensibilité de tout un côté de l'abdomen au niveau des côtes inférieures, on peut trouver des points douloureux plus nets. Les signes thoraciques sont une petite toux sèche, avec des signes de pleurite de la base ; les points phréniques sont exceptionnels. L'examen radiologique montre l'intégrité de l'estomac et de l'intestin, l'absence d'épanchement pleural, mais l'obscurité du sinus diaphragmatique et l'immobilité plus ou moins complète du diaphragme du côté malade.

La maladie a une évolution chronique, progressive, par poussées irrégulières. Elles se comptent par année.

La guérison est possible, mais même très soulagé et apyrétique, le malade doit craindre de nouvelles poussées. La mort survient par intolérance gastrique ou par extension de la tuberculose.

Le type clinique le plus caractéristique est la périphrénite sèche, terminée par la cachexie tuberculeuse et caractérisée par un syndrome général de tuberculose larvée, un syndrome postérieur et latéral d'irritation nerveuse et un syndrome basopleural, clinique et radiologique.

Suivant les symptômes dominants, on peut décrire des formes : névralgique, gastrique, abdomino-colique, pseudo-appendiculaire, rénale, hépatique. En réalité, la symptomatologie est toujours « abdomino-baso-thoracique ».

Le diagnostic se pose de trois façons différentes : lorsque le grand syndrome terminal est réalisé, le diagnostic est facile. Si le grand syndrome n'est pas réalisé, il est beaucoup plus difficile : les douleurs peuvent faire songer aux rhumatismes, à des névralgies, à de nombreuses affections abdominales, et même à la névropathie.

Lorsque la tuberculose s'avère par un épanchement, il est difficile de préciser si les troubles prémonitoires doivent être rapportés à une périphrénite.

L'autopsie permet de constater que les périphrénites primitives ne sont pas exsudatives ; il n'existe pas de fausses membranes. Les lésions sont constituées par des lames tuberculeuses, épaisses, blanches, lisses, localisées aux deux faces du diaphragme. Histologiquement, la périphrénite est une tuberculisation *interstitielle* siégeant dans les membranes fondamentales de la plèvre et du péritoine et s'étendant par extension aux séreuses. L'extension se fait aussi latéralement en suivant la membrane fondamentale. On a l'impression que l'envahissement ne se fait pas à travers le diaphragme mais que, parties des régions juxta-vertébrales, les deux lames tuberculeuses cheminent autonomes au-dessus et au-dessous du muscle. Les gros vaisseaux lymphatiques sont, en général, indemnes; les tissus voisins, ni les ganglions de la paroi ne sont pris. Les lésions du poumon semblent se faire par propagation. Au niveau du foie, les tubercules disséminés semblent venir d'une granulie terminale.

Si la périphrénite tuberculeuse pure n'est pas exsudative, elle peut devenir fibrino-exsudative, et se terminer par des épanchements.

Les périphrénites s'apparentent aux lésions tuberculeuses du péricarde, de l'intestin et de la peau. Les lésions sont mésenchymateuses et s'étendent en lames ; le processus n'est pas ulcéreux et mêlé de réactions fibreuses. L'évolution est torpide. C'est une tuberculose fibro-caséeuse, très pauvre en cellules géantes, très pauvre en bacilles. Parmi les symptômes, les uns dépendent de la propagation aux plèvres pariétale et viscérale, les autres dépendent de la tuberculose évolutive. Les douleurs dépendent de l'irritation nerveuse.

Le pronostic est sombre, le traitement est uniquement hygiénique. ROBERT CLÉMENT.

REVUE DE LA TUBERCULOSE
(Paris)

Léon Bernard, Henri Bonnet et Maurice Lamy. ***Réaction de Vernes et Tuberculose*** (*Revue de la Tuberculose*, 3e série, tome X, nº 5, Octobre 1929). — B., B. et L. étudient d'abord la valeur de la réaction pour le diagnostic de la tuberculose, en faisant état de sa recherche sur 138 sujets atteints de tuberculose pulmonaire avérée, sur 87 sujets non tuberculeux atteints d'affections chroniques diverses et sur 22 sujets sains. Ils étudient ensuite sa valeur pour la mesure de l'infection tuberculeuse. Ils la comparent avec la réaction de fixation et avec la réaction de sédimentation des globules rouges. Cette étude les conduit à formuler les conclusions suivantes :

La séro-floculation à la résorcine est presque toujours positive dans les formes évolutives de tuberculose et presque toujours négative chez les sujets normaux. Mais elle donne fréquemment des résultats positifs chez les individus atteints d'affections aiguës ou même chroniques non tuberculeuses. D'autre part, les tuberculoses latentes ou peu évolutives s'accompagnent, dans un très grand nombre de cas, d'une réaction négative. Aussi le « test » proposé par A. Vernes ne peut-il être considéré que comme un élément de diagnostic tout à fait accessoire. Son utilisation dans les dispensaires, en vue du dépistage des tuberculeux, ne saurait être envisagée.

La courbe sérologique suit souvent, mais non toujours, une évolution parallèle à celle de la maladie elle-même. La réaction de floculation peut, à ce titre, constituer un élément d'appréciation, comparable aux indications fournies par l'étude des symptômes généraux, de la courbe pondérale et du tracé thermique. Par contre, les résultats qu'elle donne ne permettent en aucune façon de porter un pronostic quelconque, même à brève échéance.

Les renseignements fournis par la sérofloculation sont assez semblables à ceux que donne la réaction de sédimentation des globules rouges.

Les résultats apportés par la réaction à la résorcine et ceux de la déviation du complément ne sont guère comparables. La première semble renseigner plutôt sur le degré d'imprégnation toxique de l'organisme et la seconde sur ses capacités de défense. Dans certains cas exceptionnels, le rapprochement de ces deux « test » peut n'être pas absolument dépourvu de tout intérêt. L. RIVET.

REVUE NEUROLOGIQUE
(Paris)

Ludo Van Bogaert. ***Sur une variété non décrite d'affection familiale : l'épilepsie myoclonique avec choréo-athétose*** (*Revue neurologique*, XXXVIe année, tome II, nº 4, Octobre 1929). — L'affection décrite par V. B. se définit par des caractères cliniques, généalogiques et anatomiques.

Le syndrome clinique est constitué par 3 éléments : 1º un syndrome épileptique avec rareté des grands accès convulsifs, et prédominance des troubles psychiques, des équivalents et du petit mal ; 2º un syndrome myoclonique constitué par des secousses irrégulières, sans déplacement segmentaire, sans synchronisme ni synergie d'aucune des contractions, et cessant pendant le sommeil ; 3º un syndrome choréo-athétosique où l'on distingue des petits mouvements irréguliers, fugaces, des secousses tonico-cloniques, des spasmes segmentaires à renforcement intentionnel, de grands mouvements globaux et brusques.

Les caractères généalogiques très importants sont les suivants : une première génération avec chorée hystérique, crises épileptiques et myoclonies généralisées ; une seconde génération avec épilepsie essentielle et myoclonies ; une troisième génération avec deux sujets atteints d'épilepsie essentielle, et deux d'épilepsie-myoclonie avec choréo-athétose. Chez ces deux malades, on observa dès la seconde enfance des convulsions, des troubles de la démarche à type de Little, et des petits mouvements involontaires. Aggravation des phénomènes entre 6 et 7 ans. Chez une malade, l'épilepsie précède et prédomine l'athétose ; chez l'autre, la choréo-athétose est presque congénitale et précède l'épilepsie-myoclonie.

L'examen anatomique a montré trois ordres de lésions : 1º La dégénérescence des trois dernières couches corticales avec prolifération névroglique réactionnelle, dans l'étendue des champs frontaux avoisinant la zone motrice et comprenant celle-ci ; 2º l'état marbré du strié ; 3º la lésion histologique variable des olives bulbaires. Les deux premières lésions se retrouvent dans l'athétose de la paraplégie cérébrale infantile du type Bielchowsky et la chorée d'Huntington. V. B. rappelle les travaux antérieurs invoquant déjà le rôle des olives bulbaires dans la genèse des myoclonies.

Pour terminer, V. B. étudie les relations de l'épilepsie essentielle et de l'épilepsie-myoclonie qui lui semblent douteuses. Il rapproche, au contraire, le syndrome qu'il a décrit de la myoclonie-épilepsie-rigidité de Bielchowky, de la dyssynergie cérébelleuse myoclonique de Ramsay Hunt, ainsi que de l'épilepsie-myoclonie d'Unverricht-Lundborg.

H. SCHAEFFER.

ARCHIVES DERMATO-SYPHILIGRAPHIQUES
(Paris)

Barthélemy. ***La syphilis post-traumatique ; ses rapports avec la loi sur les accidents du travail*** (*Archives dermato-syphiligraphiques*, tome I, fascicule 2, 1929). — Les accidents syphilitiques post-traumatiques existent, mais ils sont rares. Pour la syphilis primaire, il y a toujours des réserves à faire ; le traumatisme a pu être réel, mais l'infection n'en procède pas ; quoique extragénitale, elle n'en reste pas moins vénérienne presque toujours. En syphilis secondaire, on a vu parfois la provocation d'éléments éruptifs ou de lésions plus internes (périostite) par le traumatisme. La syphilis tertiaire est au contraire plus souvent observée : lésions tégumentaires, squelettiques, viscérales, à la suite de traumatismes les plus divers (accidentels, opératoires, injections de quinine, de caféine, après morsure de chien, après de petits traumatismes répétés, professionnels ou non).

Chez un syphilitique qui vient d'être traumatisé, il est prudent d'entreprendre un traitement de garantie. Quand une opération doit être pratiquée chez un malade avec syphilis active à Wassermann positif, la sagesse conseille aussi un traitement préventif.

Au point de vue médico-légal, la syphilis primo-secondaire due à un accident de travail entraîne le paiement du demi-salaire et des soins jusqu'à la disparition des accidents secondaires. En cas d'incapacité permanente partielle, on a estimé le taux à 15 à 30 pour 100. Les réveils de syphilis latente nécessitent le demi-salaire et les soins médicaux ; on n'attribue généralement pas de rente. Pour les blessures anciennes suivies de syphilis, aucune indemnité n'est raisonnablement due.

Pour faire accepter ou rejeter la syphilis post-traumatique, les circonstances de l'accident doivent être rigoureusement établies : réalité, intensité, siège identique à celui de la lésion. La nature syphilitique de la lésion doit être mise hors de conteste par tous les moyens. Un laps de temps raisonnable doit s'être écoulé entre le traumatisme et la naissance des lésions. R. BURNIER.

Gougerot. ***Erythème papuleux extensif douloureux en nappe des auto-intoxiqués*** (*Archives*

dermato-syphiligraphiques, tome I, fascicule 2, 1929). — Cette dermatose fréquente, mais souvent méconnue, est constituée par un placard cutané, dermique, papuleux, rouge, douloureux, à bords plus ou moins nets, ordinairement marqués par un bourrelet diffus, qui s'étend progressivement et dure de 8 à 20 jours; il n'y a habituellement qu'un foyer, mais parfois les foyers sont multiples. On l'observe surtout en automne, au niveau de la main : pouce, index et médius, plus rarement à la cuisse, à la jambe, au pied. La lésion est rouge et chaude, infiltrée, douloureuse, apyrétique. Après guérison, la desquamation de l'épiderme est rare et discrète : la récidive est fréquente.

Le diagnostic de cette lésion est habituellement facile avec l'eczéma, l'urticaire, une dermatose menstruelle, une érythromélalgie, un érythème polymorphe, un érysipèle, un lupus pernio ou érythémateux, un érysipéloïde, une toxicodermie (antipyrine, arsenic).

Cette dermatose est une inflammation aseptique; elle fait partie de la série des réactions de défense aseptique de la peau contre les poisons d'auto-intoxication.

Le traitement général consiste à combattre l'intoxication et à favoriser la désintoxication. Localement, on appliquera des pansements humides ou des pulvérisations, comme dans les inflammations.

R. Burnier.

ARCHIVES D'OPHTALMOLOGIE
(Paris)

Trantas (Athènes). ***Sur le traitement de l'héméralopie et de la kératomalacie par l'ingestion de foie*** (*Archives d'Ophtalmologie*, tome XLVI, n° 9, Septembre 1929). — T. a soigné plus de 100 cas d'héméralopie essentielle, isolée ou accompagnée de xérosis conjonctival et parfois de kératomalacie; il en rapporte 5. Dans l'un, publié il y a 30 ans, la kératomalacie double avait rendu le malade aveugle; traitée par l'ingestion de foie elle a guéri « complètement en quelques jours ».

Une autre kératomalacie avec prolapsus irien, arrêtée en 3 jours, a guéri avec petit leucome adhérent en peu de temps. D'ordinaire, la guérison survient en 2 à 7 jours, et même quelquefois après 24 heures. La posologie et le mode d'administration du foie ne sont indiqués que chez le nourrisson (25 gr. de foie ou extrait hépatique intérieurement, foie à la mère et même bains d'eau de foie bouilli). T. oppose enfin le succès de sa méthode à la vanité des diverses thérapeutiques (huile de foie de morue, etc.), rappelle les rapports notés souvent entre l'héméralopie et les troubles hépatiques et divers travaux, surtout ceux de Whipple.

A. Cantonnet.

Vigo Christiensen. ***A propos des tumeurs suprasellaires*** (*Archives d'Ophtalmologie*, tome XLVI, n° 10, Octobre 1929). — Les syndromes supra-sellaires expérimentaux n'ont pas de réalité clinique. Cliniquement, les symptômes principaux sont les « symptômes chiasmatiques simples » (sur 60 cas, moins de 20 ont présenté des symptômes hypophysaires ou tubériens) : on observe des signes de lésions des voies optiques basales, des déformations de la selle turcique ou des os de la base voisine, des altérations de l'index cytologique du liquide céphalo-rachidien. 1° Lésions des voies optiques. Baisse d'acuité visuelle, unilatérale, commençant dans le champ temporal. Souvent le fond d'œil reste longtemps normal après la baisse d'acuité. L'examen périmétrique soigneux avec petits index colorés est indispensable. L'amaurose unilatérale avec hémianopsie temporale de l'autre côté, puis l'amaurose bilatérale, s'observent plus tardivement. Tableau spécial très rare du gliome de l'intérieur du chiasma; 2° lésions craniennes. Augmentation de dimensions de la selle turcique, ostéomes; 3° pléocytose (50 éléments ou plus par millimètre cube), avec hyperalbuminose mais sans signes de syphilis.

A. Cantonnet.

F. Terrien et Renard. ***Remarques sur les rétinites dites « azotémiques »*** (*Archives d'Ophtalmologie*, tome XLVI, n° 10, Octobre 1929). — L'article commence par une mise au point de terminologie. On devrait dire « rétinite néphrétique » car ce terme ne préjuge pas de la pathogénie de cette affection. L'azotémie n'est pas dans tous les cas, en effet, la cause déterminante des lésions du fond d'œil car on a publié des observations de rétinite sans azotémie. Les auteurs eux-mêmes en rapportent 2. Dans ces cas, les divers appareils sont normaux sauf qu'il existe une grosse hypertension artérielle, une forte hypercholestérinémie et une constante d'Ambard élevée. On a noté de plus dans ces 2 cas et dans un autre une hypertension du liquide céphalo-rachidien qui mériterait d'être recherchée souvent. On ne peut incriminer dans la pathogénie de la neuro-rétinite uniquement l'azotémie, les altérations vasculaires ou les modifications humorales, tous ces facteurs s'associent pour la produire. Enfin la rétinite possible sans azotémie est pourtant parallèle à des lésions rénales plus ou moins apparentes, mais qui peuvent évoluer brutalement soudain (obs. IV). Le pronostic dans tous les cas garde sa gravité.

A. Cantonnet.

ANNALES D'OCULISTIQUE
(Paris)

F. Ungerer (Metz). ***Le traitement du glaucome par l'adrenaline*** (*Annales d'oculistique*, t. CLXVI, fasc. 10, Octobre 1929). — U. fait l'étude de l'adrénaline du point de vue chimique, décrit son action sur l'œil normal (1re phase d'hypotension de courte durée par constriction vasculaire, puis phase d'hypotension durable par vaso-dilatation secondaire, donc mécanisme inverse), enfin il l'étudie chez le glaucomateux. La vaso-dilatation secondaire permettrait une meilleure irrigation des tissus oculaires, d'où la résorption de l'œdème interstitiel qui provoquerait l'hypertension. Le traitement général par l'adrénaline ne peut être qu'adjuvant. Les 32 applications dont le résultat est publié ont été faites sur 17 malades. Ce sont des instillations (Linksglaucosan pour la plupart à 2 pour 100), des injections sous-conjonctivales (plus actives, 0,2 à 0,3 cmc de solution au 1 pour 1 000) et des injections rétrobulbaires (solution au 1 pour 10 000). Dans le glaucome simple, le résultat est une baisse de tension jusqu'à la normale parfois qui peut se maintenir 3 à 20 jours. Dans le glaucome irritatif ou subaigu, les résultats sont peu satisfaisants. Dans le glaucome absolu, nuls. Dans le glaucome aigu il faut recourir aux injections rétrobulbaires dont l'action est forte mais passagère et qui ne conviennent pas pour un traitement continu. Enfin, l'action de l'adrénaline est très bonne dans les iritis avec hypertension à cause de sa propriété mydriatique. Parfois on a signalé des poussées passagères d'hypertension après instillation d'adrénaline, on doit donc les prévenir par l'instillation consécutive de myotiques. L'action des myotiques est, en outre, renforcée par le traitement adrénalinique.

A. Cantonnet.

REVUE FRANÇAISE D'ENDOCRINOLOGIE
(Paris)

C. J. Parhon, Léon Baillif et Nathalie Lavrenenco. ***Microcéphalie familiale. Acromicrie et syndrome adipeux génital*** (*Revue française d'Endocrinologie*, an. VII, n° 4, Août 1929). — La microcéphalie a une étiologie obscure, mais certaines microcéphalies semblent bien pouvoir être classées parmi les dystrophies de développement, et en conséquence les endocrines pourraient jouer un rôle.

A l'appui de cette dernière opinion, les auteurs donnent deux observations : une fillette de 7 ans, et son frère de 10 mois, ces enfants ayant une tante paternelle microcéphale également.

Ces enfants présentant un *syndrome adiposo-génital net*, et les auteurs posent la question du rôle de l'*hypophyse* par opposition à l'acromégalie, qui serait ici cause d'acromicrie (Brugsch), car au syndrome adiposo-génital s'ajoute le nanisme.

Les auteurs estiment qu'il y aurait lieu de poursuivre l'hypothèse hypophysaire de certaines microcéphalies, les autres formes étant d'origine encéphalitique.

Marcel Laemmer.

ARCHIVES DE MEDECINE DES ENFANTS
(Paris)

P. Nobécourt et M.-L. Kaplan. ***Observations d'enfants ayant ingéré du BCG pendant les premiers jours de la vie*** (*Archives de Médecine des Enfants*, an. XXXII, n° 10, Octobre 1929). — N. a relaté en 1928 les observations de 11 nourrissons vaccinés préventivement par le BCG pendant les premiers jours de la vie. Depuis cette époque, il a recueilli 14 observations nouvelles qu'il publie en détail avec K. et dont il tire les conclusions suivantes :

1° Les enfants de 1 à 10 mois qui ont ingéré du BCG avant le dixième jour *ont avec une fréquence sensiblement égale des C.-R. à la tuberculine négatives et positives*;

2° Les enfants qui ont des *C.-R. négatives* ne présentent pas de signes de localisation pouvant faire penser à la tuberculose.

Les enfants qui ont des *C.-R. positives* présentent dans les 3/4 des cas des symptômes qui peuvent faire penser à la tuberculose.

Pendant la vie, il est impossible de conclure si le BCG ou le bacille de Koch sont responsables du syndrome clinique, puisque l'un et l'autre peuvent provoquer des C.-R. positives.

Dans un cas, le cobaye a été tuberculisé par l'inoculation du pus d'une tuberculose osseuse.

Dans trois autopsies, deux fois il n'existait pas de lésions tuberculeuses macroscopiques, une fois il existait un ganglion mésentérique caséeux qui n'a pas tuberculisé le cobaye;

3° Aucun des enfants n'est mort d'une affection pouvant être considérée comme tuberculeuse;

4° La plupart des enfants, qu'ils aient des C.-R. positives ou des C.-R. négatives, n'ont pas été exposés à des contacts tuberculeux connus; il n'est donc pas possible d'affirmer qu'ils aient été prémunis.

Les faits relatés par N. et K. montrent les difficultés de résoudre par l'observation clinique les problèmes que pose l'ingestion de BCG à la naissance, relativement d'une part à son innocuité ou à sa nocivité, d'autre part à son action prémunisante.

G. Schreiber.

L. Ombrédanne et Mlle M.-I. Comby. ***Le radium peut-il ralentir ou diminuer l'activité du cartilage de conjugaison*** (*Archives de Médecine des Enfants*, an. XXXII, n° 9, Septembre 1929). — Des recherches expérimentales nombreuses faites en Allemagne sur l'animal, il résulte que l'irradiation sur un sujet jeune est capable d'inhiber la fonction ostéogénique qu'on attribue *grosso modo* au cartilage de conjugaison.

Les observations cliniques relatées par divers auteurs signalent également des perturbations dans la croissance du squelette, constatées chez des sujets jeunes traités par la radiothérapie, mais ces observations ne sont pas probantes parce que toutes ont trait à des lésions de tuberculose osseuse ou ostéo-articulaire. Or, l'évolution propre de la tuberculose au niveau des métaphyses et des épiphyses des os longs est parfaitement capable de déterminer tantôt des *exagérations ostéo-formatrices* (allongement trophique de Ménard), tantôt, et ceci le plus souvent, des *ralentissements ostéogéniques*, qui, en fait, sont la règle.

Dans ces conditions, il est impossible de discriminer scientifiquement la part qui, dans le raccourcissement final d'un os long, peut être attribuée à une irradiation et celle qui résulte de l'évolution même du processus tuberculeux.

Au contraire, dans une observation recueillie par

O. et C. se rapportant à un enfant de 8 ans atteint d'un lymphangiome du tiers inférieur de la cuisse droite transformé en fibro-lipome à la suite d'applications de radium, le raccourcissement du membre constaté, *acquis* et *progressif*, paraît bien devoir être attribuable uniquement à l'irradiation,

O. et C. croient devoir attirer l'attention sur ces faits tout en formulant des réserves, leur cas personnel étant jusqu'ici unique.

G. Schreiber.

PARIS MÉDICAL

Patel et Carcassonne. ***Contribution à l'étude des fistules duodénales antérieures et de leur traitement*** (*Paris médical*, an. XIX, nº 37, 14 Septembre 1929). — Après une courte revue générale sur les fistules duodénales antérieures, les auteurs rapportent l'observation suivante que nous résumons :

Il s'agit d'un malade de 29 ans, chez lequel on fit une gastrectomie, type Billroth II, pour un ulcère de la face postérieure de la première portion du duodénum. Au 5ᵉ jour, la température s'élève à 40º, le pouls bat à 130 pulsations à la minute et l'on pense à des phénomènes pulmonaires massifs, quand, au 11ᵉ jour, on constate l'existence d'un énorme hématome suppuré sous-cutané ; son ouverture s'accompagne d'un écoulement important de liquide duodénal, suivi d'une fistule duodénale importante car, dans le fond de la plaie, on aperçoit l'orifice duodénal béant. Le pansement, complètement traversé, doit être changé toutes les heures, le malade vomit sans arrêt, et son état général paraît très précaire.

On institue alors le traitement suivant : arrêt de toute alimentation par voie buccale, le malade étant hydraté par des injections sous-cutanées et rectales de sérum artificiel simple et glucosé ; administration d'une potion contenant 12 gr. de chlorure de calcium ; les bords de la plaie sont enduits d'une pommade double à l'oxyde de zinc ; le pansement et l'application de la pommade sont renouvelés toutes les heures ; 48 heures après le début de cette thérapeutique, l'écoulement a diminué et le pansement n'est plus changé que toutes les 4 heures ; on autorise de petits repas fractionnés et on adjoint au chlorure de calcium des injections quotidiennes intramusculaires de 15 unités d'insuline. L'état continue à s'améliorer et au 15ᵉ jour la fistule est complètement tarie.

J. Sénèque.

André Thomas et Serge Kudelski. ***Les troubles sympathiques et les arthropathiques tabétiques*** (*Paris médical*, an. XIX, nº 40, 5 Octobre 1929). — T. et K. rapportent 6 observations d'arthropathies tabétiques dans lesquelles il existe des troubles thermiques, circulatoires, sudoraux sur le membre atteint. Ces troubles rappellent ceux que l'on observe lorsque les troubles thermiques appartiennent à la série considérée comme paralytique ; l'hyperhydrose est, au contraire, interprétée comme une irritation du système sympathique. Ces troubles atteignent leur maximum au niveau de l'articulation malade, parfois dans une zone très limitée. Ils existent aussi bien dans les arthropathies du poignet que dans celles du genou.

Il y a coïncidence entre le maximum de l'hyperthermie, l'arthropathie et les variations de l'indice oscillométrique.

T. et K. discutent la valeur de ces phénomènes et leur interprétation, leur rapport avec une perturbation du système sympathique primitive ou secondaire. Ils se défendent d'apporter une opinion définitive sur l'ensemble des troubles circulatoires, thermiques, sudoraux observés, comparables à ceux signalés par Froment et Exaltier. Ils concluent : « Nous ne pouvons en tirer aucune déduction importante au sujet de la pathogénie des arthropathies, mais si nos recherches tendent à réduire la part du sympathique, elles n'apportent ou n'enlèvent aucun argument vis-à-vis de la théorie nerveuse de ces accidents. »

Une arthropathie récente fut considérablement améliorée à la suite d'un traitement spécifique intensif.

Robert Clément.

J.-A. Barré. ***Arachnoïdite et sclérose en plaques*** (*Paris médical*, an. XIX, nº 40, 5 Octobre 1929). — Le diagnostic de sclérose en plaques est parfois porté d'une manière abusive : parmi les affections ainsi frustrées au profit de la sclérose en plaques, l'arachnoïdite occupe peut-être une belle place. L'erreur est facile et presque naturelle entre les deux affections, l'arachnoïdite étant peu connue ; il y a, cependant, un intérêt thérapeutique à faire ce diagnostic, car, si on peut essayer de l'enrayer, à la phase initiale, en employant des moyens médicaux, il y a une phase intermédiaire où elle peut bénéficier largement d'une intervention chirurgicale.

Dans l'observation rapportée, on trouve la plupart des signes de la sclérose en plaques et ce diagnostic avait été porté par plusieurs neurologistes. Chez une jeune fille de 36 ans, s'étaient développés progressivement, malgré quelques rémissions, des accidents médullaires traduits par des troubles pyramidaux bilatéraux accompagnés de contractions violentes des membres inférieurs, de troubles sphinctériens intenses et de troubles légers de la sensibilité superficielle et profonde. Les membres supérieurs étaient à peu près intacts. L'épreuve du lipiodol apporta un argument de grande valeur en faveur de l'hypothèse d'arachnoïdite en montrant que le liquide opaque ne descendait que d'une manière lente en s'accrochant à divers étages pour s'arrêter finalement à la 2ᵉ dorsale. Le lipiodol ascendant ne dépassait pas la 1ʳᵉ lombaire. L'intervention chirurgicale supprima les douleurs radiculaires, améliora les contractures et confirma le diagnostic.

L'arachnoïdite est une méningite séreuse arachnoïdienne, feutrée ou enkystée, décrite par Krause. Elle simule la sclérose en plaques dans les formes médullaires qu'on lui a décrites et évolue comme elle par poussées.

Ce qui la différencie de la sclérose en plaques, c'est qu'elle ne se complique sans doute de myélite qu'après un certain temps pendant lequel une thérapeutique médicale ou éventuellement chirurgicale peut amener une heureuse modification des troubles.

Robert Clément.

Pillet (Rouen). ***Fréquence des colibacilles dans les urines d'urinaires récoltées par cathétérisme*** (*Paris médical*, an. XIX, nº 45, 9 Novembre 1929). — Chez les urinaires : rétrécis, prostatiques, calculeux, néoplasiques, pyélonéphritiques ou atteints de cystite chronique, mis à part les blennorragiques et les tuberculeux, P. a cherché à préciser le pourcentage relatif des colibacilles et des autres bacilles dans les urines.

Les urines ont été prélevées par cathétérisme aseptique dans des flacons stériles, chez des sujets ne se sondant pas eux-mêmes et ne présentant pas une affection médicale, typhoïdique ou pneumococcique.

L'examen direct permet de juger de la mobilité des bacilles, mais certains microbes restent invisibles. La coloration au bleu de méthylène suffit le plus souvent car les bacilles trouvés dans les urines sont en général Gram-négatif. L'identification se fait sur les milieux au rouge neutre, la gélatine, le lait et les milieux sucrés.

Sur 40 cas, il trouve 27 bacilles Gram-négatif, 13 staphylocoques et 7 entérocoques. Sur les 16 bacilles identifiés, il trouve 14 colibacilles, 2 Friedländer et 1 streptocoque, pas de protéus, pas de pyocyanique.

Pour P., les prélèvements par cathétérisme aseptique montrent l'énorme prédominance du colibacille et il insiste sur l'intérêt de la vaccination anticolibacillaire.

Robert Clément.

LE PROGRÈS MÉDICAL
(Paris)

G.-I. Katz (d'Odessa). ***L'angine de poitrine et les hormones*** (*Le Progrès médical*, nº 45, 2 Novembre 1929). — K. rapporte l'observation d'une femme de 55 ans qui, à la suite d'injections d'insuline, prescrites pour un diabète sucré transitoire, d'origine infectieuse, a présenté chaque fois une crise d'angine de poitrine.

A ce propos, il discute la pathogénie de l'angine de poitrine et le rôle joué par l'hypoglycémie insulinique dans le spasme des vaisseaux coronaires du cœur et dans le spasme du muscle cardiaque. Il rapporte les faits et opinions de nombreux auteurs à ce sujet, discute l'action de l'adrénaline et de la thyroïdine antagoniste de l'insuline.

Il suffit, en général, de supprimer l'insuline ou d'administrer du sucre à haute dose en même temps, pour voir disparaître ces accès d'angine de poitrine.

Les cas sont rares où il y a association de diabète et d'angine de poitrine et l'on peut supposer qu'il s'agit alors de lésions athéromateuses des artères coronaires. Par contre, les faits cités montrent le rôle de l'insuline, de l'adrénaline et du sucre dans l'apparition des accès d'angine de poitrine conditionnés par l'état spastique des coronaires ; mais les phénomènes de statique et de dynamique sous la dépendance des hormones sont encore mal étudiés

Robert Clément.

R. Bensaude et J. A. Lièvre. ***Les tumeurs fécales du rectum et du sigmoïde (stercoromes et stercolithes)*** (*Le Progrès médical*, 1929, nº 47, 16 Novembre). — Les tumeurs fécales du rectum et du sigmoïde constituent des affections relativement fréquentes qui offrent de réelles difficultés pratiques : d'une part, parce qu'il n'est pas impossible de les confondre avec un cancer procto-sigmoïdien ; d'autre part, parce que certaines d'entre elles sont rebelles aux méthodes thérapeutiques courantes.

Ces tumeurs fécales se distinguent en : *stercoromes* ou *fécalomes* formés de masses pâteuses moulées sur l'intestin dilaté et *stercolithes*, masses dures, quasi pierreuses, uniques ou multiples, de volume généralement modéré, véritables corps étrangers intrarectaux. Ces deux types de tumeurs fécales, dont l'étiologie est faite des mêmes éléments (atonie intestinale, ptoses, adhérences, mégasigmoïde, mégarectum, lésions anales, etc.), comportent, par contre, une symptomatologie et des traitements différents.

Stercorome rectal. — Les troubles qui amènent le plus souvent les malades, porteurs d'un stercorome rectal, à consulter sont des troubles sphinctériens, et, en particulier, du ténesme rectal. Petit à petit, les selles ont été de plus en plus insuffisantes ; en même temps la défécation devenait douloureuse, laissait une sensation persistante de besoin d'expulsion. Le malade en arrive à se présenter à la selle avec une fréquence sans cesse augmentée, dix, quinze fois par jour : la selle est d'importance minime. Il existe une pesanteur pelvienne permanente, parfois de vives douleurs, irradiant à la fosse iliaque gauche et aux membres inférieurs, retentissant sur la vie, provoquant dysurie et ténesme vésical. Cependant l'arrêt des matières n'est pas absolu ; autour du fécalome les matières filtrent en partie ; des fragments se détachent de sa partie inférieure ; elles peuvent être noyées dans un flux séreux d'hypersécrétion, et cette fausse diarrhée peut faire méconnaître le caractère obstructif du syndrome, qui évoque l'idée d'une recto-colite ou surtout d'un cancer de l'ampoule rectale. Des écoulements de mucus, parfois de sang, voire de séro-pus, s'y ajoutent même dans quelques cas, et complètent alors la ressemblance avec le tableau de ces deux affections.

Ce syndrome fonctionnel peut manquer ; très longtemps le fécalome ne détermine aucun trouble, et c'est par hasard qu'il est découvert au cours d'un examen rectal. Le toucher heurte une masse de consistance pâteuse ou argileuse qui distend le rectum et dont le volume peut d'ailleurs être déterminé par le palper abdominal combiné au toucher. Ces signes sont encore précisés par la rectoscopie : le tube rectoscopique pénètre dans une masse compacte et pâteuse, dont, malgré l'écouvillonnage, il se remplit sans cesse.

La radioscopie enfin, après lavement opaque, fournit une constatation paradoxale : il n'y a pas

d'obstacle visible et le remplissage du rectum, du sigmoïde et du cadre colique se fait parfaitement, ce qui permet d'éliminer l'hypothèse du cancer, si souvent soulevée. Cette absence de lésions radiologiques devient un signe capital dans les cas de fécalomes *sigmoïdiens* qui ne sont pas directement accessibles au toucher rectal.

Stercolithes procto-sigmoïdiens. — Les signes fonctionnels qu'ils déterminent peuvent être analogues à ceux du stercorome mou; mais, bien souvent, ils sont très spéciaux; les sujets qui en sont porteurs se plaignent d'une sensation de corps étranger intrarectal, et même de masse mobile dans le rectum; ils essayent vainement de se soulager par la défécation, qui est d'ordinaire plus ou moins troublée, mais qui peut être aussi tout à fait normale.

Au toucher rectal, la constatation est parfois évidente : la tumeur fécale, unique ou multiple, se projette directement au centre de la lumière rectale; on en perçoit les contours arrondis, la surface sphérique souvent grenue et râpeuse ; on la mobilise par rapport à la paroi à laquelle elle n'adhère pas; le doigt en fait le tour plus ou moins aisément, Mais, d'autres fois, le diagnostic est loin d'être facile, l'examen physique est négatif : il s'agit d'un stercolithe de petit volume, très mobile, qui fuit sous le doigt et reflue dans le sigmoïde. Il faut alors recourir au rectoscope pour découvrir le stercolithe. Cette constatation directe permettra d'ailleurs d'éliminer le diagnostic de corps étrangers du rectum sur l'introduction desquels il peut être difficile d'obtenir des aveux explicites.

La radioscopie, ici non plus, ne donne naturellement lieu à aucune constatation positive; son intérêt est de montrer l'absence de lésions tumorale ou sténosante de la paroi intestinale, et ce point a une grande importance.

Traitement. — On essayera avant tout des médicaments huileux, pris par la bouche ou par lavements : souvent, au bout de quelques jours, ils amèneront une débâcle considérable des matières. Lorsque le succès n'a pas été obtenu par ces moyens, l'évacuation au doigt ou même à la main (après dilatation sphinctérienne sous anesthésie) est nécessaire. Mais mieux vaut encore s'adresser à l'évacuation à la cuiller ou à la curette mousse introduite par un anuscope. Si le fécalome est haut situé, le rectoscope est utilisé et un courant d'eau chaude aidera à l'évacuation des matières qui sera d'ailleurs favorisée par une malaxation prudente du ventre.

L'évacuation d'un stercolithe se heurte souvent à des difficultés plus considérables que celles des stercoromes : sa dureté obligera souvent à l'attaquer et à le morceler avec des instruments rigides auxquels, du reste, sa mobilité le fait échapper facilement.

Ainsi toutes les masses fécales du rectum et du sigmoïde doivent être évacuées par les voies naturelles. On a pourtant songé, dans les cas rebelles de fécalomes abdominaux, à l'intervention chirurgicale; il est à peine besoin de faire remarquer qu'il s'agit alors d'opérations toujours périlleuses.

J. Dumont.

JOURNAL DES PRATICIENS

(*Paris*)

H. Gougerot. ***Nævi tardifs post-infectieux*; *nævi tardifs déclenchés par la fièvre typhoïde, la grippe, la diphtérie, la tuberculose*** (*Journal des Praticiens*, tome XLIII, nº 40, 5 Octobre 1929). — Les nævi ne sont pas toujours visibles dès la naissance. Ils peuvent apparaître tardivement même à l'âge adulte. Ce ne sont pas des dystrophies immuables, mais des néoplasies bénignes, susceptibles d'évolution, d'augmentation, de régression, de transformation.

Sous l'influence de causes connues ou inconnues, des nævi microscopiques latents deviennent actifs et augmentent peu à peu pour devenir visibles.

A côté des traumatismes, du froid, il faut citer l'influence des infections : grippe, diphtérie, tuberculose, typhoïde, comme cause de déclenchement de ces nævi tardifs. Ils apparaissent 15 à 30 jours après la fin de l'infection, leur accroissement est rapide en 3 à 6 mois, puis ils restent fixés comme les nævi congénitaux.

Ils peuvent revêtir les diverses formes de nævi angiomateux, verruqueux, pigmentés.

Les porteurs de grands nævi sont souvent hérédo-syphilitiques; il faut rechercher systématiquement cette étiologie.

Le pronostic peut être grave. Il faut surveiller les nævi, surtout les pigmentés et, dès qu'ils commencent à augmenter en étendue ou en saillie, à se fissurer et surtout à devenir végétants, il faut craindre la tranformation en nævo-carcinome et les détruire systématiquement.

Contre les nævi non pigmentés, le traitement n'est guidé que par la préoccupation du résultat esthétique : radium, radiothérapie, exérèse chirurgicale, électrolyse, neige carbonique, diathermie, électro-coagulation.

Contre les nævi pigmentaires, seules l'électrolyse dite en berceau ou en panier et l'électro-coagulation sont indiquées.

Robert Clément.

LE JOURNAL DE MÉDECINE DE LYON

M. Favre et P. Sédaillan (Lyon). ***Sur deux formes anatomo-cliniques d'altération des vaisseaux superficiels chez les tuberculeux : angéites segmentaires résolutives, vascularites « fil de fer » des tuberculeux*** (*Le Journal de Médecine de Lyon*, tome X, nº 239, 20 Décembre 1929). — A l'occasion de deux cas tout à fait comparables, les auteurs décrivent tout d'abord un type clinique particulier d'inflammation des vaisseaux superficiels qu'ils ont observé sur deux malades atteints de tuberculose ganglionnaire.

Les vaisseaux ne sont modifiés que sur de courts segments, par une inflammation nettement caractérisée, qui gagne le tissu cellulaire et les couches cutanées sur le trajet du tronçon vasculaire. Il se forme ainsi des nodules ou des cordons, constitués par le vaisseau et par l'inflammation secondaire des couches cutanées qui le recouvrent. Cette inflammation vasculaire, dans les deux cas rapportés, a présenté un caractère fluxionnaire remarquable; les lésions, évoluant par poussées, apparaissaient, puis disparaissaient sans laisser de traces appréciables de leur passage. Les auteurs proposent de donner à ce type d'inflammation vasculaire le nom d'*angéites segmentaires résolutives*.

Chez les deux malades dont ils rapportent l'observation, les lésions vasculaires s'étaient développées au cours d'un état fébrile qui trouvait sa seule explication dans l'évolution concomitante d'adénopathies tuberculeuses. L'inoculation a révélé le caractère anormalement virulent de cette tuberculose ganglionnaire.

Les angéites tuberculeuses à lésions inflammatoires nettement caractérisées doivent désormais prendre place dans le groupe des angéites de causes diverses actuellement en cours d'étude.

Il existe d'autres types cliniques d'altération des vaisseaux superficiels chez les tuberculeux. Sous le nom de *vascularites fil de fer*, les auteurs décrivent une forme beaucoup plus fréquente. Elle diffère des angéites en ce qu'elle n'est plus segmentaire, mais atteint les vaisseaux sur tout leur trajet. L'inflammation limitée au seul vaisseau ne se propage jamais aux couches cutanées. Cette vascularite est fixe; elle transforme les vaisseaux qu'elle atteint en cordons rétractés, uniformément durs, libres d'adhérence aux couches cutanées. Les veines paraissent particulièrement touchées.

L'étude anatomo-pathologique de ces types de lésions vasculaires exige encore de longues recherches qui doivent porter sur de nombreux segments des vaisseaux altérés. Les recherches ont cependant donné déjà des résultats intéressants.

Les auteurs signalent la grande importance de cette étude des divers types d'altération des vaisseaux superficiels chez les tuberculeux.

P. Croizat. ***Les lésions anatomo-pathologiques viscérales au cours des états protéo-anaphylactiques expérimentaux*** (*Le Journal de Médecine de Lyon*, tome X, nº 239, 20 Décembre 1929). — L'étude des lésions anatomo-pathologiques dans les accidents protéo-anaphylactiques expérimentaux est rendue difficile, du point de vue interprétation, par les lésions spontanées si fréquentes des animaux de laboratoire.

Les réactions viscérales et générales au cours des réactions protéo-anaphylactiques sont caractérisées par :

1º L'importance des phénomènes vasculaires congestifs et hémorragiques;

2º L'absence d'exsudats leucocytaires contrastant avec l'importance de ces éléments au niveau du point d'inoculation dans les cas de phénomènes d'Arthus. Le poumon seul, parmi les viscères, se comporte de façon spéciale et peut présenter des infiltrats inflammatoires sur un fond de poumon cardiaque;

3º La cellule parenchymateuse viscérale — en prenant pour type la cellule hépatique — ne semble souffrir que secondairement, le substratum du choc ne paraissant pas une colloïdoclasie intracellulaire. Les modifications cellulaires n'apparaissent qu'à la faveur de la répétition des chocs et surtout de la chronicité des accidents. Au niveau du lobule hépatique, les altérations cellulaires, surtout périportales, ne dérogent pas à la loi générale de la fragilité de la périphérie du lobule au cours des diverses intoxications;

4º La cellule hépatique est, d'autre part, au cours des accidents prolongés de protéo-anaphylaxie, le reflet d'une perturbation profonde du métabolisme général avec autophagie et catabolisme très exagéré allant de pair avec un amaigrissement formidable de l'animal en expérience. L'anémie intense constatée dans certains cas indique les modifications profondes se passant dans le milieu sanguin.

Des conclusions définitives concernant les perturbations cellulaires et tissulaires dans l'anaphylaxie ne pourront être formulées que lorsque l'expérimentation des chocs, plus parfaitement réglée, permettra d'expérimenter dans des conditions où l'on pourra facilement doser les réactions mises en jeu et lorsqu'on aura peut-être dissocié, dans ces phénomènes sans doute complexes, les actions élémentaires qui entrent dans leur constitution.

J.-F. Martin et P. Croizat. ***Les tumeurs solitaires du foie*** (*Le Journal de Médecine de Lyon*, tome X, nº 239, 20 Décembre 1929).

— Les tumeurs solitaires du fois n'ont pas d'histoire clinique propre : ce sont en général des découvertes d'autopsie ou de laparotomie.

Ce sont le plus souvent des « adénomes » appartenant à deux groupes très distincts (Cathala) : les dysembryomes hépatiques bénins (tumeurs bénignes); les adénomes trabéculaires à tendance infectante et susceptibles d'extension et d'essaimage dans le foie en particulier, après un stade de « malignité enclose ».

Deux cas de tumeurs solitaires de type anormal sont rapportés : un « adénome trabéculo-vésiculaire » surpris au début de sa transformation maligne; un « cancer en amande » de la travée hépatique, épithélioma trabéculaire précocement extériorisé et pédiculé.

La malignité de ces tumeurs solitaires, souvent reconnue au seul examen histologique, doit commander leur exérèse toutes les fois qu'elle est possibe. Cette exérèse a été suivie de guérison dans un des cas rapportés par M. et C., elle a été suivie de mort dans l'autre cas.

Voici, résumées, ces deux observations :

Obs. I (Chalier et Martin). — Une jeune femme de 29 ans vient consulter pour une tumeur de l'hypocondre droit apparue depuis quelques mois seulement, et dont le point de départ aurait été sous-hépatique. Cette tumeur, du volume actuel d'une tête de nouveau-né, s'est développée insidieusement, sans la moindre douleur, sans ictère, sans troubles intestinaux, sans altération de l'état général. Elle est très mobilisable dans le sens transversal, beaucoup moins dans le sens vertical; elle est de consistance mollasse, mate à la percussion. Le ventre est souple

par ailleurs, sans ascite, le toucher vaginal négatif.

La laparotomie fait découvrir une tumeur rougeâtre, sphérique, très arrondie par son pôle inférieur, qui se continue en haut sans ligne de démarcation avec le lobe droit du foie, lequel, au-dessus d'elle, est de consistance et d'aspect normaux. A ce niveau, on place, de part et d'autre de la tumeur, deux clamps intestinaux modérément serrés qui assurent une hémostase suffisante et permettent d'extirper d'un bloc la tumeur, sans hémorragie notable. Suture de la brèche hépatique au gros catgut : l'hémostase est parfaite. Néanmoins on place une mèche de sûreté qu'on retire au bout de 8 jours. Guérison sans complications. La malade quitte la clinique le 21e jour ; depuis, elle se porte très bien.

L'examen histologique de la tumeur, qui pesait 650 gr., révéla une « tumeur solitaire du foie du type *adénome trabéculo-vésiculaire* ayant été le siège de plusieurs poussées hémorragiques et surprise au début d'une évolution maligne».

Obs. II (Laroyenne). — Il s'agit d'une femme de 60 ans présentant depuis quelque temps une température élevée et chez qui on avait découvert une tumeur ballottante de l'hypocondre droit, assez antérieure pour qu'on ait pu éliminer une tumeur rénale, et que d'aucuns considéraient comme un kyste hydatique. Laroyenne pensait plutôt à une tumeur solide peut-être hépatique. L'intervention confirma ce diagnostic : il s'agissait d'une tumeur appendue au foie auquel elle était reliée par un pédicule court et aplati, large de 4 à 5 cm., tumeur unie, sans bosselures, ayant à peu près la consistance et les couleurs du parenchyme hépatique. Pas d'adénopathie, pas de noyaux d'apparence néoplasique dans le péritoine ni à la surface du foie, par ailleurs normal et sans aspect cirrhotique. Extirpation aisée après section à la base du pédicule, en plein tissu hépatique, étant donné l'absence de toute capsule et de tout plan de clivage. Suture hémostatique. 3 jours après, la malade succombait sans présenter de signes péritonéaux, mais comme à la suite d'une insuffisance hépatique. Pas d'autopsie.

L'examen histologique montra qu'il s'agissait d'une tumeur incontestablement maligne : « épithéliome de la travée hépatique du type trabéculaire, développé dans un foie non cirrhotique, épithélioma « en amande » de la région corticale de l'organe et précocement extériorisé ».

JOURNAL DE MÉDECINE DE BORDEAUX et de la RÉGION DU SUD-OUEST

(Bordeaux)

E. Leuret, J. Caussimon et P. Berchon. ***Les relations entre l'activité des lésions pulmonaires tuberculeuses et la présence de fibres élastiques dans les crachats*** (*Le Journal de Médecine de Bordeaux et du Sud-Ouest*, tome CVI, n° 29, 10 Novembre 1929). — La présence de fibres élastiques dans les crachats indique une élimination de la charpente élastique du poumon. Elle apparaît dans la tuberculose dès que le processus nécrosant est amorcé et *a fortiori* quand il s'agit d'ulcérations plus prononcées. On pourra en trouver dans toutes les formes de tuberculose ouverte depuis le simple ramollissement jusqu'à l'ulcération la plus nette et même si la forme est torpide et stabilisée.

Sur les frottis, on voit des buissons très étendus et très fournis ou de simples faisceaux de fibres ou des fibres isolées.

L., C. et B. rapportent les observations qu'ils ont faites dans 78 cas. Les fibres élastiques sont nombreuses et très nombreuses dans les formes évolutives, elles sont en quantité moyenne ou minime dans les formes sub-évolutives ; leur élimination est nulle ou presque nulle dans les formes torpides ou stabilisées. Le nombre de fibres rencontré sur une lame semble donc être en raison directe de la gravité ulcérative de la maladie. L'élimination des fibres élastiques peut être intermittente comme celle des bacilles et on ne peut lui accorder que la valeur d'un élément de diagnostic ou de pronostic qui vient compléter les autres procédés d'examen. Il y a parallélisme étroit entre la présence des fibres élastiques et la présence des bacilles de Koch dans les crachats.

Chaque fois qu'il existe des fibres élastiques dans l'expectoration, on trouve également des bacilles, mais l'inverse n'est pas vrai. Une expectoration bacillifère dépourvue de fibres élastiques peut s'interpréter comme relevant d'une lésion active au point de vue bactériologique et ouverte dans les bronches, mais ne présentant dans le parenchyme pulmonaire aucune tendance à l'extension, à l'évolution anatomique.

La recherche systématique et répétée des fibres élastiques dans les crachats complète efficacement les renseignements fournis par la bacilloscopie.

Robert Clément.

LE SCALPEL

(Bruxelles)

L. Van den Wildenberg (Louvain). ***Nos thyroïdectomies pour goitre exophtalmique après échec des traitements radiographiques*** (*Le Scalpel*, t. LXXXII, n° 39, 28 Septembre 1929). — Le traitement chirurgical de la maladie de Basedow, considéré comme le seul efficace par la plupart des chirurgiens américains, par beaucoup de chirurgiens suisses et par un certain nombre de chirurgiens français, est encore fortement combattu en Belgique où existe un véritable engouement pour le traitement par les radiations ; en tout cas, la nécessité de l'opération précoce n'est pas encore acceptée par la majorité des médecins, et ce n'est que lorsque les essais de radiothérapie ont échoué qu'on s'adresse, en désespoir de cause, au chirurgien.

Or, il faut bien savoir que la précocité de l'intervention chirurgicale est un facteur important de succès, tant en ce qui concerne le risque opératoire qu'au point de vue des résultats thérapeutiques. Les « épaves post-radiothérapiques » qui échouent finalement chez le chirurgien rendent l'acte chirurgical difficile et dangereux en raison des complications nées de l'application des rayons (périchondrites laryngées, hyperthyroïdisme aigu, myxœdème). Néanmoins, même dans ces cas, la chirurgie peut encore escompter des succès ainsi qu'en témoignent les observations de 17 basedowiens opérés par V. de W. après échec des traitements par les radiations.

Tous ont subi la thyroïdectomie subtotale bilatérale.

7 présentaient une déficience cardiaque plus ou moins grave, remontant parfois à plusieurs années : 3 ont guéri complètement ; 3 ont été grandement améliorés ; 1 seul a succombé 48 heures après l'opération, « en pleine détresse cardiaque ».

10 malades, qui ne présentaient aucun signe de décompensation cardiaque au moment de l'opération, ont tous guéri.

L'auteur, qui a fait jusqu'à ce jour 98 thyroïdectomies pour goitre exophtalmique, formule les conclusions suivantes :

1° Nous reprochons aux traitements, tant spécifiques que symptomatiques, du goitre exophtalmique de ne pas atteindre leur but et surtout d'entraîner une lamentable perte de temps, source de tous les désastres ;

2° Les bénéfices obtenus par le traitement radiothérapique sont tout au plus temporaires (Crile) ; celui-ci risque d'abîmer la région opératoire ;

3° L'opération, si elle est précoce et bien exécutée, guérit sûrement le goitre exophtalmique dans l'immense majorité des cas ;

4° Le danger de ces opérations précoces, faites par un médecin expérimenté, est pratiquement nul.

5° Le danger des opérations tardives, même pour les cas graves, est extrêmement réduit pour l'opérateur expérimenté qui sait préparer convenablement le malade et fractionner l'opération. Malheureusement, dans ces cas, l'opération ne guérit pas toujours le malade. Elle lui procure toutefois un bénéfice supérieur à celui de la radiothérapie.

F. Delporte et J. Cahen (Bruxelles). — ***Les résultats éloignés de la curiethérapie dans les cancers primitifs et dans les récidives post-opératoires de cancers du col [1921-1927]*** (*Le Scalpel*, tome LXXXII, n° 48, 30 Novembre 1929). — La statistique présentée par D. et C. comporte les cas de cancer du col traités à l'Institut du Radium de Bruxelles de 1921 à 1927 inclusivement, de telle sorte que les cas les plus récents ont une période d'observation de 1 an et les plus anciens de 7 ans.

A peu près toutes les malades qui se sont présentées à la consultation ont été admises, aucune des cancéreuses soignées n'a été omise de la statistique, et toutes ont été revues et examinées. Le total des cas traités est de 361, comprenant 299 cancers du col et 62 récidives post-opératoires après hystérectomie pour cancer du col.

Les *cancers du col* sont traités à l'Institut du Radium de Bruxelles par application vaginale ou, si possible, utéro-vaginale du radium, suivie ou non, selon les cas, d'un traitement par la radiothérapie. Cette technique simple, qui comporte en général une dose de 60 mcd. étalée sur 12 jours, est souvent suffisante pour amener un résultat durable. Cependant, dans certains cas inopérables ou très avancés, l'application vaginale ou utéro-vaginale n'aboutit qu'à une cicatrisation de la lésion du col ; dans les paramètres, il persiste un infiltrat néoplasique, le plus souvent douloureux, qui ne tarde pas à se développer. Dans ces cas, lorsque le col est recouvert d'une muqueuse saine, 2 mois environ après le traitement, et quand l'état général de la malade le permet, on pratique une laparotomie pour procéder par cette voie à un aiguillage du corps utérin et à la pose de tubes de radium au niveau des ligaments larges envahis par la tumeur.

Dans les *récidives de cancer du col, après hystérectomie*, la radiumthérapie est d'application plus difficile, l'absence de l'utérus empêchant la mise en place d'un dispositif permettant d'obtenir un rayonnement homogène dans le petit bassin : on doit se contenter de placer les tubes de radium dans le fond du vagin, au contact de la masse humorale.

Ceci dit, l'emploi du radium dans le traitement des cancers cervico-utérins a donné des résultats durables. Pour une période d'observation de 5 années au moins, le pourcentage de guérisons a été de 50 pour 100 pour les cas opérables, de 26 pour 100 pour les inopérables, de 10 pour 100 pour les cas très avancés. Ces résultats, dans leur ensemble, sont supérieurs à ceux de la chirurgie.

Les récidives post-opératoires fournissent également 10 pour 100 de guérisons de 5 années.

Les résultats pour toutes les catégories réunies sont de 25 pour 100 de guérisons durables.

En somme, la radium-chirurgie, dans les conditions où elle est utilisée à l'Institut du Radium de Bruxelles, rend de très grands services. D. et C. estiment ses effets supérieurs à ceux de la radiothérapie profonde. Pour certains cas inopérables ou très avancés, elle a permis d'obtenir 40 pour 100 de guérisons de 5 ans.

J. Dumont.

SCHWEIZERISCHE MEDIZINISCHE WOCHENSCHRIFT

(Bâle)

E. Feer. ***Modifications modernes de l'alimentation des individus sains et malades*** (*Schweizerische medizinische Wochenschrift*, tome LIX, n° 37, 14 Septembre 1929). — Dans ce travail, F. recherche la valeur des modifications proposées par divers auteurs pour améliorer le régime alimentaire. Il fait tout d'abord remarquer que la quantité de lait administrée aux nourrissons atteignait autrefois facilement un litre tandis qu'aujourd'hui il n'en donne jamais plus de 600 gr. par jour, et même 500 au cours du second semestre, en ajoutant des fruits et des légumes. Au cours de la 2e année, cette quantité est réduite à 300, et, au cours de la 3e année, à 200 gr. A partir du 3e ou du 4e mois, à côté des mets sucrés et farineux, il donne du jus de fruits frais, et, à partir du 5e et du 6e mois, de la purée de légumes (pommes de

terre, épinards, navets, choux-fleurs) et des fruits. F. n'est, par contre, pas partisan, pour le nourrisson, de ces alimentations exclusivement végétariennes avec lait d'amande, etc. En ce qui concerne la viande, il incline à penser qu'on en mange trop. En tout cas, il n'en donne pas aux enfants avant 5 ans; mais il reconnaît que la suppression de la viande exige une technique culinaire plus délicate. En ce qui concerne les œufs, il pense que les enfants sains peuvent s'en passer, bien qu'ils ne leur soient pas nuisibles à doses modérées.

La ration d'albumine lui paraît être fixée, pour l'homme, par le fait que le nourrisson au sein ne consomme pas plus de 6 à 7 pour 100 de calories sous forme d'albumine, ce qui représente plutôt moins de 1 gr. d'albumine, par kilogr. de poids du corps. En ce qui concerne le pain, F. pense qu'on a tort d'utiliser des farines trop blutées et que le pain bis, dont il use personnellement, vaut mieux à cause de sa richesse en sels minéraux, en vitamines, etc.

F. se demande ensuite s'il est possible de s'alimenter sans aucun produit animal. Bien qu'une alimentation purement végétale lui paraisse suffire, il a cependant trouvé avantageux d'ajouter un peu de beurre et de lait. Mais il recommande de cuire les légumes avec peu d'eau ou à la vapeur, et, en tout cas, de ne jeter l'eau de cuisson que pour certains légumes d'hiver. Il regrette que les fruits soient actuellement d'un prix aussi élevé, car il voudrait qu'on en consommât beaucoup. Quant aux bananes, il ne leur voit d'avantages que pour le nourrisson, parce qu'elles sont faciles à digérer.

La digestibilité des fruits et des légumes pour le petit enfant avec tube digestif sensible est d'autant plus grande qu'il est moins consommé de lait. La question de savoir si les aliments doivent être mangés crus est également examinée par F. qui remarque, là encore, que cette méthode exige une technique culinaire particulière. Il a appliqué ce régime à une série d'enfants atteints d'affections du rein ou convalescents de la scarlatine pendant des semaines ou des mois, en y ajoutant souvent un peu de beurre, mais en supprimant presque toujours le chlorure de sodium. Cette alimentation a d'ailleurs donné lieu à des selles volumineuses, à de la flatulence, à une diminution de l'hémoglobine et parfois à une diminution de poids. Néanmoins, elle est recommandable dans les cas de néphrite, dans la goutte, dans la constipation, etc. Elle a, en outre, l'avantage d'obliger à mastiquer longuement et d'être riche en vitamines. En ce qui concerne le chlorure de sodium, F. admet qu'avec les 10 ou 20 gr. consommés en moyenne par jour, on va beaucoup trop loin et qu'une quantité moindre serait suffisante, surtout avec un régime de légumes et de crudités.

Dans le rachitisme et dans l'anémie, F. donne un peu de lait, des fruits, des légumes, un peu de viande et d'œufs. Dans la constipation, dans l'obésité, dans la diathèse exsudative, les fruits et les légumes se montrent également utiles.

Dans les affections aiguës fébriles, de l'eau et du jus de fruits sont plus nécessaires que des aliments riches en azote. Dans les affections diarrhéiques du nourrisson et de l'enfant, et dans l'infantilisme intestinal, F. a souvent donné des bananes exclusivement avec des résultats remarquables. Dans les néphrites, F. prescrit un régime de sucre et de fruits. Dans l'hypertension essentielle, le régime végétarien donne aussi de bons résultats. En ce qui concerne la tuberculose, F. n'a rien vu de très significatif du régime Gerson-Sauerbruch. En conclusion, F. recommande une alimentation peu abondante, riche en légumes, en pain complet et en beurre. Une partie des légumes doivent être crus, mais il lui paraît douteux qu'en dehors de certaines maladies, un régime de crudités présente des avantages.

P.-E. Morhardt.

L. Stern. ***Les dernières recherches concernant le fonctionnement de la barrière hémato-encéphalique*** (*Schweizerische medizinische Wochenschrift*, tome LIX, nº 37, 14 Septembre 1929). — S. résume dans ce travail les nombreux et intéressants travaux par lesquels elle a attiré l'attention sur la barrière hémato-encéphalique. C'est surtout sur les recherches faites à Moscou que ce travail insiste. Ces recherches ont été pratiquées tout d'abord sans se préoccuper de la localisation anatomique de la barrière, et elles ont montré que des corps très rapprochés au point de vue chimique ou physico-chimique se comportent à son égard de façon très différente.

Chez des nouveau-nés, les cristalloïdes (ferrocyanure, KI, sous-nitrate de bismuth) passent d'autant plus facilement que l'animal est plus jeune : l'iodure est arrêté à partir du 8e jour, et le bismuth seulement à partir du 14e jour chez les lapins. A l'égard des colloïdes, il n'y a pas de différence entre le nouveau-né et l'adulte. S., contrairement à d'autres auteurs, n'a constaté aucune modification de la perméabilité au cours de la grossesse. Les changements de température n'ont d'influence que si, à une forte température (41º), on fait succéder un abaissement considérable (36º). Alors, les hémolysines, le bismuth et le bleu trypan passent dans un grand nombre de cas. L'augmentation et la diminution de la pression osmotique du sang augmentent également la perméabilité de la barrière.

Le blocage ou l'élimination partielle de l'appareil réticulo-endothélial par injection d'encre de Chine augmente la perméabilité pour quelques substances (hémolysine, bismuth); la splénectomie a des effets analogues pour toutes les substances par suppression d'une action que S. croit de nature endocrinienne. L'anaphylaxie n'a d'effet que lorsque le choc a été assez violent pour déterminer la mort en quelques minutes. L'ablation des capsules surrénales n'en a pas non plus, et l'administration d'adrénaline n'en a qu'avec des doses mortelles. Quant à la thyroïdectomie, elle augmente la perméabilité au bout de 8 à 10 jours pour les colloïdes, mais pas pour les cristalloïdes. La parathyroïdectomie augmente la perméabilité à l'égard de toutes les substances expérimentées. La castration n'a pas d'effet. La paralysie ou l'excitation du système sympathique ou parasympathique par extirpation des ganglions sympathiques, par administration d'atropine ou de pilocarpine est sans action.

L'influence de l'alcool a été longuement étudiée d'abord, au cours de l'empoisonnement aigu qui facilite le passage du bismuth, mais non des autres substances. L'empoisonnement chronique qui reste sans effet pendant les premières semaines finit, en un temps qui varie de 1 à 7 mois, par diminuer la perméabilité pour le bromure, le sulfocyanure et le salicylate de soude, tandis que les autres substances (colloïdes) passent moins que normalement. La trypanosomiase augmente la perméabilité plus spécialement chez les animaux qui, ultérieurement, présentent des troubles nerveux.

La perméabilité de la barrière hémato-encéphalique est donc modifiée dans une série de circonstances. Mais ces modifications n'ont pas la même valeur pour tous les corps. Parfois, ce sont les cristalloïdes qui sont arrêtés. D'autres fois, au contraire, ce sont les colloïdes. Il faut en conclure que les divers éléments anatomiques constituant cette barrière ne sont pas tous lésés de la même manière par les facteurs expérimentaux. En procédant à des recherches histologiques, S. a montré que le ferrocyanure, quand il passe, peut être décelé par le perchlorure de fer au niveau des plexus, dans les cellules épendymaires, dans la toile choroïdienne ; par contre, on n'en trouve pas trace dans la profondeur des parois vasculaires, tandis que la lumière des vaisseaux en est remplie.

Le bleu trypan passe dans des régions très différentes. On en retrouve surtout dans la profondeur des parois vasculaires et dans les espaces périvasculaires. Ainsi, le passage de cette substance est influencé par les lésions vasculaires. En fait, dans tous les cas où le bleu trypan a passé, l'endothélium vasculaire était lésé (infiltration graisseuse, tuméfaction, trouble de l'endothélium, etc.). Au contraire, quand les cristalloïdes passent, on trouve des lésions des plexus : épithélium choroïdien ratatiné ou, au contraire, tuméfié; les plexus présentent, d'ailleurs, chez le rat nouveau-né, à la période où les cristalloïdes passent, une structure très différente de ce qui s'observe chez l'adulte.

Quant au mécanisme par lequel la barrière agit, il ne saurait être rattaché, d'après S., à la loi de Donnan. Les recherches de Krebs et Wittgenstein, d'où il résulte que les colorants basiques ne passent pas, ne tiennent pas compte du fait que beaucoup de colorants sont absorbés par la substance nerveuse avant d'arriver dans le liquide céphalo-rachidien, mais après avoir traversé la barrière. Pour le moment, il n'y a donc pas, selon S., d'explication satisfaisante qui rende compte de la sélectivité particulière de la barrière hémato-encéphalique.

P.-E. Morhardt.

A. Liengme. ***La toxicité de la trypaflavine*** (*Schweizerische medizinische Wochenschrift*, t. LIX, nº 38, 21 Septembre 1929). — On admet, en général, que la dose maxima tolérée de trypaflavine est 10 fois plus élevée que la dose cliniquement utile qui serait de 1 centigr. par kilogramme de poids du corps. Des expériences auxquelles L. a procédé sur des animaux de laboratoire lui ont montré que la dose maxima est de 2 centigr. pour les cobayes et de 4 centigr. pour les rats, par kilogramme de poids vif. Cependant, chez l'homme, on a utilisé fréquemment des doses élevées : 5 à 6 milligr. (Trub), 1 centigr. (Mark et Olesker, Sternberg), 16 milligr. (Fleischmann) par kilogramme de poids. Willisch, qui a injecté 15 milligr. tous les jours dans un cas de fièvre puerpérale, a vu la mort survenir et a constaté, à l'autopsie, un foie jaune atrophique et une ulcération du duodénum, symptôme que L. a observé chez les animaux qui ont survécu assez longtemps à l'injection de trypaflavine pour présenter des lésions ; les ulcérations au voisinage du duodénum s'expliqueraient par le fait que la bile élimine cette substance en proportions importantes.

Ainsi, le taux utile étant, selon les cliniciens, de 1 centigr. par kilogramme, la marge de sécurité est très faible, car il faut considérer que 4 centigr. par kilogramme sont un peu supérieurs à la dose tolérée pour l'homme sain. Cette dose serait plus faible quand les cellules rénales et hépatiques sont atteintes. Enfin, L. rappelle que la trypaflavine tue le streptocoque à la dose de 1/1.000 en 30 minutes et le staphylocoque à 1/200.000 en 24 heures, alors que 1 centigr. par kilogramme ne représente que 1/10.000. En outre, cette substance disparaît très rapidement du sang. L. est néanmoins persuadé que la trypaflavine a ses indications cliniques, mais qu'il faut insister sur le faible écart de la dose utile et la dose maxima tolérée.

P.-E. Morhardt.

J. Bernheim-Karrer. ***Expériences d'alimentation chez les nourrissons dystrophiques avec le lait complet à l'acide lactique d'après Marriot*** (*Schweizerische medizinische Wochenschrift*, tome LIX, nº 39, 28 Septembre 1929). — Les dystrophies des nourrissons peuvent être de nature constitutionnelle, infectieuse ou encore alimentaire, comme cela se voit notamment chez les nourrissons eczémateux quand on a exagérément réduit le lait ou encore chez les enfants auxquels on donne trop de farine ou trop de lait. Pour Bessau, beaucoup de ces troubles doivent être attribués à une dilution du lait, et pour éviter les inconvénients du lait complet, il l'additionne d'hydrate de carbone. Cette manière de faire se répand de plus en plus et, selon B.-K., c'est à Marriot qu'on doit d'avoir définitivement montré l'importance du lait complet dont les substances-tampon sont suffisamment neutralisées pour que l'acidité gastrique du nourrisson reste ce qu'elle est normalement avec une alimentation au lait de femme. On arrive avec cette méthode à administrer des doses de lait qui représentent 150 calories par kilogramme sans observer plus de diarrhée qu'avec d'autres aliments.

Ce lait se prépare en ajoutant, après cuisson et goutte à goutte, une quantité de 8 cmc d'une solution d'acide lactique à 75 pour 100. Puis on sucre soit avec du sirop de maïs comme Marriot, soit encore

avec du nutromalt comme B.-K., soit encore avec du sucre de canne. Quelques auteurs procèdent à l'acidification avec de l'acide citrique (Weissenberg).

Les observations de B.-K. sont étendues à 40 nourrissons âgés de 2 à 12 mois. Sur ce nombre, 7 étaient atteints de troubles alimentaires aigus. Le lait acide a rendu les selles normales en 5 jours au plus. En pareil cas, il a été donné, sous forme de nutromalt, 5 à 10 pour 100 d'hydrate de carbone. A cela on ajoutait aussi des légumes et des fruits. Chez 14 enfants atteints de troubles alimentaires chroniques, les résultats ont été également bons et sans qu'on ait observé l'apparition de signes de rachitisme. Par contre, dans les cas d'athrepsie à la période d'état, B.-K. n'a pas osé donner de lait acidifié et, chez deux enfants en voie d'amélioration, il a d'ailleurs dû abandonner cette méthode pour revenir au lait albumineux. Chez 8 autres athrepsiques également en voie d'amélioration, les augmentations de poids ont été satisfaisantes, de même que dans les maladies infectieuses.

En somme, le lait acidifié représente un aliment complet qui peut être donné pendant longtemps, alors que le lait albumineux et le babeurre provoquent rapidement une carence. En outre, ce lait est très riche en calories, facile à préparer, facile à conserver, permet d'augmenter rapidement les doses d'hydrate de carbone et facilite les soins de la peau, car il donne lieu à des selles sèches et ne provoque jamais d'intertrigo.

B.-K. a administré jusqu'à 1/7 de poids du corps de lait acide, sans cependant dépasser 800 gr. par jour.

P.-E. Morhardt.

E. Glanzmann. *Alimentation et hématopoïèse* (*Schweizerische medizinische Wochenschrift*, t. LIX, n° 39, 28 Septembre 1929). — Dans la 1re partie de ce travail, G. rappelle d'abord que les organes hématopoïétiques sont très sensibles aux influences alimentaires. La faim provoque une transformation lymphoïde de la moelle osseuse et une atrophie de la rate sans cependant déterminer une anémie proprement dite. L'excès de farine soit par carence d'éléments nécessaires, soit par acidose, fait baisser la proportion d'hémoglobine et de globules rouges avec un index hémoglobilinique généralement inférieur à 1. Le lait de vache peut également provoquer de l'anémie après le 6e mois lorsqu'on n'ajoute pas des pommes de terre, de la viande et des fruits. Un élément constitutionnel intervient d'ailleurs dans cette anémie car tous les enfants n'en sont pas atteints et c'est plus spécialement des enfants neuropathiques qui en souffrent. On observe souvent dans les cas de ce genre le type chlorotique avec un nombre d'hématies normal, mais une proportion d'hémoglobine faible. Ces formes peuvent d'ailleurs évoluer jusqu'à l'anémie de Jacksch-Hayem avec splénomégalie et augmentation des hématies nucléées.

L'anémie du lait de chèvre qui s'observe dans certains pays de plaines mais pas dans le canton des Grisons est caractérisée par une dystrophie marquée, de l'anorexie, une muqueuse linguale rouge vif et douloureuse, parfois ulcérée, des pétéchies, de la pyodermie, symptômes qui permettent de penser qu'il s'agit d'une avitaminose. En pareil cas, le lait de vache, les légumes, les fruits et le foie en purée ont des effets extraordinairement rapides.

La sprue caractérisée par des selles diarrhéiques acides, trop riches en graisse, est considérée par quelques auteurs comme une avitaminose et par d'autres comme la conséquence d'un excès de graisse et d'albumine dans le régime. Dans tous les cas, les analogies avec l'anémie pernicieuse sont grandes et actuellement, on obtient des résultats intéressants avec des cures de bifteck ou de foie.

G. rappelle que, pour Minot et Murphy, des fautes alimentaires sont souvent à l'origine de l'anémie pernicieuse qui doit, à cet égard, être rapprochée de la pellagre, de la sprue et du béribéri. L'administration de foie dans cette affection fait rapidement remonter d'abord les réticulocytes, puis les hématies. G. a observé une femme atteinte d'une anémie très voisine de l'anémie pernicieuse, qui ne consommait pour ainsi dire que de la viande, des œufs et du beurre et qui a rapidement guéri sous l'influence du foie. Les anémies secondaires elles-mêmes peuvent, selon G., bénéficier, au moins dans quelques cas, de l'administration de foie.

L'alimentation si riche en graisse des nourrissons peut également être la cause de certaines formes d'anémie, notamment quand l'allaitement est fait au lait de chèvre.

P.-E. Morhardt.

E. Glanzmann. *Alimentation et hématopoïèse.* (*Schweizerische medizinische Wochenschrift*, tome LIX, n° 40, 5 Octobre 1929). — La seconde partie de ce travail est d'abord consacrée à une série d'expériences avec des régimes de compositions anormales chez le rat. A un premier groupe d'animaux, il a été donné une alimentation riche en graisse (80 pour 100 de beurre ou de palmine) additionnée de proportions suffisantes de vitamines et de fer. Chez ces animaux, on a observé une dystrophie caractérisée par un arrêt de croissance, de l'amaigrissement, de la pâleur des oreilles et des extrémités, un volume total du sang très faible, une proportion d'hémoglobine et d'hématies très basse bien que l'index colorimétrique soit égal ou supérieur à 1. Le phénomène le plus frappant au point de vue hématologique est constitué par un nombre très faible de réticulocytes et de polychromatophiles. Le foie se montre d'une couleur jaune ocre et très riche en graisse. Il semble donc, d'après G., que, sous l'influence de ce régime spécial, le foie perd son pouvoir stimulant sur la régénération des réticulocytes et des polychromatophiles, car l'administration de foie détermine, chez ces mêmes animaux, une augmentation brusque et considérable de ces deux espèces de cellules.

Dans un second groupe, toute la graisse du régime a été remplacée par du plasmon. Chez ces animaux, le volume du sang était beaucoup plus élevé que chez les autres et on n'a constaté aucune espèce de dystrophie. A un 3e groupe d'animaux, on a donné 40 pour 100 de farine de blé et 40 pour 100 de sucre de betteraves. La croissance a été beaucoup plus considérable que celle des groupes précédents. De même, la quantité de sang était élevée. Par contre, on notait, au début, de l'hypochromie et surtout de la polychromatophilie. Plus tard, les hématies ont diminué mais moins que chez les animaux nourris avec de la graisse. Enfin, une splénomégalie très marquée a été constatée.

Le fait que le jeûne soit sans action sur la destruction et le remplacement des hématies conduit à admettre que l'organisme, au cours de la digestion, emploie de la bile fabriquée aux dépens des hématies et particulièrement indispensable pour la digestion des graisses. C'est ce qui a amené G. à faire des recherches grâce auxquelles il a constaté que l'administration de graisse augmente l'urobilinogène des selles des nourrissons. Ces faits ont été confirmés notamment par Salomon et, chez les lapins, G. a montré que l'adjonction de 5 à 10 pour 100 de beurre à du lait maigre fait doubler la quantité d'urobiline. En somme, la formation de bile prive le sang d'une certaine proportion de cholestérine et les hématies sont ainsi plus facilement hémolysées, car la cholestérine, qui est pauvrement représentée dans le lait de vache et surtout dans le lait de chèvre, a pour fonction de saturer des acides gras hémolysants. Dans la dystrophie et l'anémie du lait de chèvre, les selles présentent la couleur claire de selles riches en savon, phénomène qui s'observe également dans la sprue et dans l'infantilisme de Herter. Ces états doivent donc être rattachés à un trouble du métabolisme des graisses ou encore à la présence, dans le lait de chèvre, d'acides capronique, caprylique, caprinique, etc. En administrant de l'acide caprylique à la dose de 2 à 6 centigr. en injections sous-cutanées, G. a pu tuer un lapin de 1 à 2 kilogr. en une minute. En administrant quotidiennement cette même substance à plus petites doses, dissoute dans l'huile d'amande, cet auteur a déterminé une anémie qui ressemble extraordinairement à l'anémie du lait de chèvre et qui s'accompagne d'hyperchromie, d'anisocytose et parfois de diminution des polychromatophiles.

La digestion des albumines s'accompagne de la production de substances très fortement toxiques pour le sang : histamine, thyramine avec laquelle Iwao a provoqué des symptômes analogues à ceux de l'anémie pernicieuse, phénylhydrazine, aniline, etc. Macht a d'ailleurs pu montrer que le sang de malades atteints d'anémie pernicieuse est toxique pour certaines plantes. La digestion des hydrates de carbone s'accompagne, elle aussi, de destruction des globules rouges due, non pas seulement à une carence d'alcalins, d'albumine et de graisse, mais à une action nocive active. C'est ce qui explique que Minot et Murphy réduisent le sucre dans le régime de l'anémie pernicieuse.

En supprimant les vitamines A et B, on n'arrive pas à produire d'anémie au sens propre du mot bien que la régénération des globules rouges soit diminuée. Cela tient, d'après G., surtout à ce que, sous l'influence de cette alimentation carencée, les colloïdes perdent leur pouvoir osmotique de sorte que le plasma se déshydrate et ainsi se trouve dissimulée l'anémie qui pourrait cependant être réelle. Par ailleurs, le scorbut s'accompagne parfois mais non toujours d'anémie, de même que l'anémie de lait de chèvre s'accompagne de symptômes scorbutiques. Il ne semble cependant pas que les deux phénomènes aient une relation directe. Il est plus vraisemblable, selon G., que d'autres substances interviennent. On sait, d'ailleurs, que certains fruits activent la régénération chez des animaux anémiés et que la cendre de certains végétaux comme les laitues protège contre les anémies alimentaires, indépendamment de la quantité de fer qu'elles contiennent. La vitamine D ne paraît pas non plus être en relation avec les anémies. Quant à la vitamine E, on admet, en général, qu'elle trouble l'assimilation du fer par le fœtus et provoque ainsi sa mort et sa résorption. Cette vitamine est d'ailleurs sans action thérapeutique sur les anémies.

P.-E. Morhardt.

ACTA DERMATOLOGICA

(Kioto)

Yoshida. *Maladie de Paget extra-mammaire* (*pénis*) (*Acta dermatologica*, tome XIII, fasc. 6, Juin 1929). — La maladie de Paget du sein est une dermatose précancéreuse, qui s'observe chez des femmes de 40 à 60 ans au niveau du mamelon et de l'aréole et qui est considérée pendant longtemps comme un simple eczéma. Histologiquement, on note un œdème et une hypertrophie de l'épiderme avec infiltration cellulaire du chorion ; les lésions caractéristiques consistent dans la présence de cellules irrégulières, élargies ou gonflées par l'œdème, vacuolaires, avec noyau repoussé sur le bord de la cellule, et siégeant en nombre variable dans l'épiderme. Le meilleur traitement est l'extirpation chirurgicale.

Dans ces dernières années, on a rapporté des cas de maladie de Paget extra-mammaire. Y. en a observé 3 cas au niveau du pénis.

Un homme de 54 ans présente au sillon de la verge une petite lésion qui, en 15 jours, atteint la grandeur de l'ongle du pouce ; il existait une brûlure et une démangeaison au niveau de la lésion. La radio- et la radiumthérapie ayant échoué, on pratiqua l'amputation de la verge. L'examen histologique montra des lésions typiques de maladie de Paget avec cellules spéciales dans l'épiderme hypertrophié et infiltration du chorion.

Les deux autres cas concernent des hommes de 50 et de 34 ans présentant une lésion du sillon de la verge, depuis 4 et 14 ans. La biopsie montra la présence de cellules de Paget et l'excision chirurgicale de la lésion fut pratiquée avec succès.

R. Burnier.

Nouvelles

Tribunaux départementaux des pensions. — Sont nommés pour l'année 1930. Tribunal d'Agen. M. Renoux, à Agen. Suppléants, MM. Déchamp et Torte, à Agen. — Tribunal d'Aix. M. Casse, à Aix. Suppléants, MM. Yaissade et Thomas, à Aix. — Tribunal d'Ajaccio. M. Giocanti, à Ajaccio. Suppléants, MM. Dragacci et Antonino, à Ajaccio. — Tribunal d'Albi. M. Izard, à Cagnac. Suppléants, MM. Ortal et Bouissière, à Albi. — Tribunal d'Alençon. M. Demirleau, à Alençon. Suppléants, MM. Boilleul et Renault. — Tribunal d'Alger. M. Witas, à Alger. Suppléants, MM. Bellinger-Muller et Sarrouy, à Alger. — Tribunal d'Amiens. M. Burtel, à Amiens. Suppléants, MM. Caroven et Merle, à Amiens. — Tribunal d'Angers. M. Lepage, à Angers. Suppléant, M. Estive, à Angers. — Tribunal d'Angoulême. M. Barraud, à Angoulême. Suppléant, M. Gouthier, à Angoulême. — Tribunal d'Annecy. M. Orsat, à Annecy. Suppléants, MM. Dupore et Varoy, à Annecy. — Tribunal d'Arras, M. Béhague, à Arras. Suppléants, MM. Brassard, à Arras et Andrès, à Saint Pol. — Tribunal d'Auch. M. Lestrade, à Auch. Suppléants, MM. Szelechowski et Rivière, à Auch. — Tribunal d'Aurillac. M. Girou à Aurillac. Suppléants, MM. Vermenouge, à Aurillac et Albessard, à Vic-sur-Cère. — Tribunal d'Auxerre, M. Duché, à Auxerre. Suppléants, MM. Sarrazin et Houdé, à Auxerre. — Tribunal d'Avignon. M. Garnier, à Avignon. Suppléants, MM. Passelègue et Bonnet, à Avignon.

Tribunal de Beauvais. M. Parmentier, à Clermont. Suppléants, MM. Barrier, à Bresles et Pellé, à Senlis. — Tribunal de Belfort. M. Bouvier, à Belfort. Suppléant, M. Levy, à Belfort. — Tribunal de Besançon. M. Baufle, à Besançon. Suppléants, MM. Tisserond et Bolot, à Besançon. — Tribunal de Blois. M. Loiseau, à Champigny-en-Beauce. Suppléant. M. Meunier, à Blois. — Tribunal de Bordeaux. M. Lande, à Bordeaux. Suppléants, MM. Montalier et Leuret, à Bordeaux. — Tribunal de Boulogne-sur-Mer. M Tridon, à Berck. Suppléants, MM. Dervaux, à Saint-Omer et Fourmentin, à Boulogne. — Tribunal de Bourg. M. Serves, à Bourg. Suppléants, MM. Chapuis et Saint-Pierre, à Bourg. — Tribunal de Bourges. M. Bonneau, à Bourges. Suppléants, MM. Mariston et Gauchery, à Bourges.

Tribunal de Caen. M. Charbonnier à Caen. Suppléants, MM. Guibé et Desbouis, à Caen. — Tribunal de Cahors. M. Besse, à Cahors. Suppléants, MM. Segalu et Delport, à Cahors. — Tribunal de Carcassonne. M Soum, à Carcassonne. Suppléants, MM. Combeleran et Roger, à Carcassonne. — Tribunal de Châlons-sur-Marne. M. Choron, à Châlons-sur-Marne. Suppléants, MM. Aumont et Vanvyve, à Châlons-sur-Marne. — Tribunal de Chambéry. M. Denarié, à Chambéry. Suppléants, MM. Voutier et Massoa, à Chambéry. — Tribunal de Charleville. M. Roland, à Charleville. Suppléants, MM. Rosoy et Blairon, à Charleville. — Tribunal de Chartres. M. Dudefoy, à Chartres. Suppléants, MM. Ilnye et Baudin, à Chartres. — Tribunal de Châteauroux. M. Bougarel, à Châteauroux. Suppléants, MM. Sineau et Pigelet, à Châteauroux. — Tribunal de Choumont. M. Mergez, à Chaumont. Suppléants, MM. Carel et Wed, à Chaumont. — Tribunal de Clermont-Ferrand. M. Bousquet, à Clermont-Ferrand Suppléants, MM. Dionis du Sejour, à Clermont-Ferrand et Malsang, à Champeix. — Tribunal de Colmar. 1re Section : M. Koyser, à Colmar. Suppléants, MM. Hamburger et Kœning, à Colmar. 2e Section : M. Nardmann, à Colmor. Suppléants, MM. Schreiber et Duhamel, à Colmar. — Tribunal de Constantine. M. Piquet, à Constantine. Suppléant, M. Bérard, à Constantine. — Tribunal de Coutances. M. Fauvel, à Coutances. Suppléants, MM. Dudougt et Lecomte, à Coutances.

Tribunal de Digne. M. Chaussegros, à Digne. Suppléants, MM. Gassend et Romieu, à Digne. — Tribunal de Dijon. M. Capitam, à Dijon. Suppléants, MM. Sirot, à Beaune et Grognot, à Semur. — Tribunal de Douai. M. Toison, à Douai. Suppléants, MM. Desmoulins et Mounier, à Douai. — Tribunal de Draguignan. M. Pellaquin, à Draguignan. Suppléants, MM. Weill, à Draguignan et Praust, à Tram. — Tribunal d'Epinal. M. Urmès, à Epinal. Suppléants, MM. Lacaur et Riff, à Epinal. — Tribunal d'Evreux. M. Thirard, à Evreux. Suppléant, M. Masson, à Evreux.

Tribunal de Foix. M. Calazel, à Foix. Suppléants, MM. Rameau, à Pamiers et Lestrade, à Foix.

Tribunal de Gap. M. Coraaat, à Gap. Suppléants, MM. Dorcee, à Gap et Ebrard, à Pallard. — Tribunal de Grenoble. M. Juvin, à Grenoble. Suppléants, MM. Vareilles et Fabre, à Grenoble. — Tribunal de Guéret. M. Brésard, à Guéret. Suppléants, MM. Dumont et Dufour, à Guéret.

Tribunal de Laon. M. Meau, à Laon. Suppléants, MM. Ruby et Lemarchal, à Laon. — Tribunal de Laval. M. Aubin, à Laval. Suppléants, MM. Loiseleur et Le Basser, à Laval. — Tribunal de Lille. M. Leclercq, à Lille. Suppléants, MM. Leroy et Looten, à Lille. — Tribunal de Limoges. M. Thouvenet, à Limoges. Suppléants, MM. Cubertafond et Delor, à Limoges. — Tribunal de Lons-le-Saulnier. M. Boulé, à Lons-le-Saulnier. Suppléants, MM. Pichon et Vagniot, à Lons-le-Saulnier. — Tribunal de Lyon. 1re Section : M. Durand, à Lyon. Suppléants, MM. Mazel et Rebattu, à Lyon. 2e Section : M. Mayet, à Lyon. Suppléants, MM. Laroyenne et Desmolins, à Lyon.

Tribunal de Mâcon. M. Richard, à Mâcon. Suppléants, MM. Juvanen, à Mâcon et Lagoutte, au Creusot. — Tribunal du Mans. M. Legros, au Mans. Suppléants, MM. Lefournier et Dumos, au Mans. — Tribunal de Marseille. M. Alezais, à Marseille. Suppléants, MM. Imbert et Camoin, à Marseille. — Tribunal de Melun. M. Siguier, à Melun. Suppléants, MM. Malvy et Herman, à Melun. — Tribunal de Mende. M. Bessière, à Mende. Suppléants, MM. de Framond, à Marvejols et Morel, à Mende. — Tribunal de Metz. 1re Section : M. Kaminka, à Vigy. Suppléant, M. Caïn, à Metz. 2e Section : M. Eilin, à Metz. Suppléant, M. Coiriat, à Metz. — Tribunal de Montauban, M. Paissereu, à Montauban. Suppléants, MM. Mourihot et Malhavialle, à Montauban. — Tribunal de Mont-de-Marsan. M. Cols, à Mont-de-Marsan. Suppléants, MM. d'Uzer, à Mont-de-Marsan et Duloya, à Saint-Sever. — Tribunal de Montpellier. M. Roume, à Montpellier. Suppléants, MM. Mourgues-Molines et Durand, à Montpellier. — Tribunal de Moulins. M. Rangearet, à Moulins. Suppléants, MM. Penard et Louchon, à Moulins.

Tribunal de Nancy. M. Weiss, à Nancy. Suppléants, MM. Michel et Abt, à Nancy. — Tribunal de Nantes. M. Bureau, à Nantes. Suppléants, MM. Le Meignen et Desclaux, à Nantes. — Tribunal de Nevers. M. Houzé, à Nevers. Suppléants, MM. Comte et Boudot, à Nevers. — Tribunal de Nice. M. Rovery, à Nice. Suppléants, MM. Rosanoff et Fardeau, à Nice. — Tribunal de Nimes. M. Charles Perrier, à Nimes. Suppléants, MM. Foulquier, à Nimes et Chapan, à Alès. — Tribunal de Niort. M. Collon, à Niort. Suppléant, M. Perraudeau, à Niort.

Tribunal d'Oran. M. Botella-Gambetta, à Oran. Suppléants, MM. Bijoa et Massion, à Oran. — Tribunal d'Orléans. M. Greffner, à Orléans. Suppléants, MM. Marmasse et Cœur, à Orléans.

Tribunal de Pau. M. Marson, à Pau. Suppléants, MM. Fayan et Guichat, à Pau. — Tribunal de Paris. 1re Section : M. Lœvy, à Paris. Suppléants, MM. Banzel et Marty, à Paris. 2e Section : M. Dervieux, à Paris. Suppléants, MM. Fouquet et Lyon-Caen, à Paris. 3e Section : M. Duvoir, à Paris. Suppléants, MM. Legrom et Blum, à Paris. 4e Section : M. Lutaud, à Paris. Suppléants, MM Piedelièvre et Vinaat, à Paris. 5e Section : M. Maréchal, à Paris. Suppléants, MM. Ceillier et Truelle, à Paris. — Tribunal de Périgueux. 1re Section : M. Le Roux, à Périgueux. Suppléants, MM. Dumont et Crozet, à Périgueux. 2e Section : M. Crozet, à Périgueux. Suppléants, MM. Dumont et Le Roux, à Périgueux. — Tribunal de Perpignan. M. Devènu, à Perpignon. Suppléant, M. Pons, à Perpignan. — Tribunal de Poitiers. M. Foucault, à Poitiers. Suppléants MM. Fumeau et Ferru. — Tribunal de Pontoise. M. Derome, à Pontoise. Suppléants, MM. Herbinet, à Pontoise et Fourniols, à Magny-en-Vexin. — Tribunal de Privas. M. Fargier, à Privas. Suppléant, M. Dupin, à Privas. — Tribunal du Puy. M. Maleyssun, au Puy. Suppléants, MM. Jean (Maurice) et Gallet, ou Puy.

Tribunal de Quimper. M. Lagriffe, à Quimper. Suppléants, MM. Tuset et Morvaa, à Quimper.

Tribunal de Rennes. M. Jambon, à Rennes. Suppléants, MM. Fraleu et Beaugeard, à Rennes. — Tribunal de la Roche-sur-Yon. M. Choyau, à la Roche-sur-Yon. Suppléants, MM. Filaudeau, à la Roche-sur-Yon et Peaud, à la Chaize-le-Vicomte. — Tribunal de la Rochelle. M. Dufour, à la Rochelle. Suppléants, MM. Rabtouil et Pozzy, à la Rochelle. — Tribunal de Rouen. M. Vallé, à Rouen. Suppléants, MM. Bellieaud et Cauchois, à Rouen.

Corps de santé des troupes coloniales. — M. Lamy, médecin colonel, est promu ou grade de médecin général et est admis à la retraite.

— Sont promus médecins lieutenants des troupes coloniales, MM. Beaoit, Guignes.

— M. Assali, médecin capitaine, est affecté en Afrique occidentale française.

RENSEIGNEMENTS ET COMMUNIQUÉS

LA PRESSE MÉDICALE rappelle à ses lecteurs qu'elle transmet toutes les lettres contenant un timbre de 50 centimes aux titulaires des annonces qui répondent directement. Elle ne prend aucune responsabilité quant à la teneur de ces communiqués. Cette rubrique est absolument réservée aux annonces concernant les postes medicaux, les remplacements, les offres ou demandes d'emplois ou de cessions ayant un caractère médical ou para-médical; il n'y est inséré aucune annonce commerciale. L'administration se reserve, après examen, le droit de refuser les insertions. Il n'est pas inséré d'annonces de moins de 2 lignes.

Prix des insertions : 7 fr. la ligne de 40 lettres ou signes (4 fr. la ligne pour les abonnés à LA PRESSE MÉDICALE). Les renseignements et communiqués se paient à l'avance et sont insérés 8 à 10 jours après la réception de leur montant.

ÉCOLE FRANÇAISE DE STOMATOLOGIE

20, passage Dauphine, PARIS-6e.

Président du Conseil d'administration : Dr P. GIRES, D.D.S

Vice-président : Dr NOGUÉ, stomatologiste des Hôpitaux

Administrateur délégué : Dr ROUSSEAU-DECELLE, ancien interne des Hôpitaux de Paris, Président de la Société des Stomatologistes des Hôpitaux.

Président de la Commission d'enseignement : Dr P. NESPOULOUS, D. D. S., stomatologiste des Hôpitaux.

Directeur : Dr C. L'HIRONDEL, stomatologiste des Hôpitaux.

L'École de Stomatologie a été créée, en 1909, par le Dr L. CRUET, élève de MAGITOT et ancien interne des Hôpitaux de Paris.

Elle a pour objet de donner un enseignement stomatologique complet :

1° *Aux docteurs en médecine* français et étrangers qui veulent se spécialiser en cette branche de la médecine.

2° *Aux étudiants en médecine*, à partir de leur cinquième année d'études.

L'enseignement comprend : la clinique stomatologique, la technique et la pratique de l'odontologie, de la prothèse et de l'orthodontie.

Le programme est entièrement parcouru en 20 mois, soit *deux années scolaires*.

Le diplôme de l'Ecole est décerné aux élèves qui ont satisfait aux examens obligatoires en fin d'études.

Droits d'inscription : Deux mille cinq cents francs (2.500 fr.).

Une unique rentrée annuelle : au début de l'automne.

La prochaine rentrée aura lieu le 15 Octobre 1930.

Le nombre des places étant limité, prière de s'inscrire le plus rapidement possible.

Pour tous renseignements, s'adresser *tous les matins* et sur *rendez-vous* au Directeur de l'École, 20, passage Dauphine.

AVIS A MM. LES DOCTEURS ET ACCOUCHEURS.

L'Institut Catholique d'Infirmières diplômées, 107, rue de Sèvres, tél. Littré 59-80, procure aux familles, *à domicile*, des infirmières et des garde-malades, *Médecine, Chirurgie, Contagions, Personnes âgées*. Sages-femmes et infirmières spécialisées pour les accouchées et pour les bébés. Prix, 40 à 70 francs par jour.

Lyon. Clientèle de 95.000, à céder avec mobilier, 1er Juillet 1930. — Ecrire *P. M.*, n° 662.

Médecin étranger, ne pouvant exercer France, cherche emploi assistant électro-radiologie chez confrère ou clinique. Sérieuses références. — Ecr. *P. M.*, n° 857.

Visiteur médical exclusif demandé à Paris, par laboratoire, médecin de préférence. Indiquer références et exigences à *P. M.*, n° 954.

On demande demoiselle dist. 20-35 a., robuste, bon. santé, parl. angl. et si possible allemand, instr., bon. éduc., pr pl. secrét. et dame compagnie ch. Dr (Afrique). Adresser offres jusqu'à Mars. — *P. M.*, n° 957.

Infirmière dipl. de l'Etat franç., ts soins et massages. — Mlle Amiel, 1 *bis*, r. Troyon (7e). Wag. 68-82.

Dame possédant instal. ray. violets et infra-r. est à la disposition de Drs pr soins. Ecrire *P. M.*, n° 968.

Dame, quarantaine, sérieuse, cherche place chez Docteur seul, gouvernante. — Mme L. Boucher, 109, quai de Seine, La Frette (S.-et-O.).

On cherche médecin français parlant anglais pour consultations médecine générale, de 9 h. 1/2 à 12 h., et de 2 h. à 18 h. 1/2 Actuellement 2 000 francs par mois. Situation d'avenir. — Ecrire *P. M.*, n° 986.

AVIS. — *Prière de joindre aux réponses un timbre de 0 fr. 50 pour la transmission des lettres.*

REVUE DES JOURNAUX

REVUE NEUROLOGIQUE
(Paris)

W. G. Sillevis Smitt (Utrecht). ***Sur l'abcès spinal épidural*** (*Revue neurologique*, an. XXXVI, t. II, n° 5, Novembre 1929). — Un jeune homme de 18 ans fait une chute dans un escalier. Bien qu'il souffrît du dos, il continua à travailler. Ce n'est qu'au bout de 6 semaines, devant l'aggravation de ses douleurs, qu'il se décida à entrer à l'hôpital. La miction et la défécation étaient devenues difficiles, les jambes faibles.

A l'hôpital, on relève une température à 39°, avec un pouls seulement à 76. La colonne vertébrale est immobilisée, l'abdomen distendu et dur; les 4e et 5e vertèbres dorsales sont douloureuses à la pression. La partie inférieure du corps jusqu'au 8e segment thoracique est hyperesthésique. Les réflexes sont exagérés. Pas de troubles de la motilité ni des réservoirs. La ponction lombaire donne un liquide incolore et clair sous tension normale. Les jours suivants, l'état général empire. La fièvre persiste, élevée, avec ralentissement du pouls. Il existe maintenant une paralysie flasque des deux membres inférieurs; les réflexes et la sensibilité sont totalement supprimés; l'anesthésie atteint le 4e segment thoracique. Une nouvelle ponction lombaire retire un liquide rougeâtre et trouble (érythrocytes) sous basse pression. Les radiographies de la colonne vertébrale sont négatives. La dissociation de la température et du pouls, l'asthénie, une diazoréaction positive font croire un moment à une fièvre typhoïde avec myélite, mais on est bientôt obligé de renoncer à cette hypothèse et, une 3e ponction lombaire ayant ramené du pus épais à staphylocoques, on porte — étant donné l'absence de symptômes nettement méningitiques — le diagnostic d'abcès épidural.

Une laminectomie est pratiquée à hauteur de la 4e vertèbre thoracique; elle livre passage à un flot de pus; on la prolonge sur plusieurs vertèbres sous-jacentes; la dure-mère, dénudée sur plusieurs centimètres, se montre infectée, mais non distendue; on n'y touche pas et on se borne à placer deux drains dans l'espace épidural.

A la suite de cette opération, la motilité, la sensibilité et les réflexes reparaissent en partie, mais, 6 mois après l'opération, l'état ne s'améliorait encore que lentement.

L'abcès épidural est une affection rare; généralement il est secondaire à une autre affection: spondylite tuberculeuse, cancer vertébral, ostéomyélite vertébrale, traumatisme (comme dans les cas de S. S. et un autre de Westerborn), furoncle, phlébite, etc.

La symptomatologie est toujours la même: apparition, d'une façon aiguë ou subaiguë, de signes de lésion transversale de la moelle avec symptômes de méningite — quand ils existent — limités à la partie inférieure du corps, absence de symptômes cérébraux; douleur à la pression en un point limité de la colonne vertébrale; issue de pus à la ponction lombaire, tandis que la ponction cisternale donne un liquide clair, non pathologique.

L'explication la plus rationnelle du syndrome de lésion transversale de la moelle est celle d'une myélite causée par des troubles circulatoires, peut-être aussi par l'arrivée de toxine dans la moelle à la hauteur de l'abcès épidural. J. Dumont.

REVUE MÉDICALE FRANÇAISE

L. Ombrédanne (Paris). ***De l'Influence de l'anesthésique employé dans la genèse des accidents post-opératoires de pâleur-hyperthermie observés chez les nourrissons*** (*Revue médicale française*, tome X, n° 7, Octobre 1929). — Dans la genèse des accidents de pâleur-hyperthermie post-opératoire, si souvent mortels, chez le nourrisson, on a cherché (Tixier) à incriminer comme un facteur essentiel l'anesthésique employé, en particulier l'ether. Or O. est d'une opinion diamétralement opposée.

Partisan déclaré de l'éther en chirurgie infantile, il continue cependant à employer exclusivement le chloroforme pour toutes les interventions sur la face, pour le bec-de-lièvre en particulier, et ce pour des raisons de technique. Or c'est à ces anesthésies chloroformiques qu'il doit toutes les alertes angoissantes ignorées avec l'éther. En ce qui concerne particulièrement les accidents de pâleur-hyperthermie, il en relève 3 mortels survenus dans sa pratique privée depuis la guerre: dans un cas de bec-de-lièvre opéré sans aucune anesthésie; dans un bec-de-lièvre opéré au chloroforme; dans un bec-de-lièvre opéré sous anesthésie très légère et discontinue au chloroforme. D'autre part, les observations des oto-rhino-laryngologistes (Canuyt, Le Mée, A. Bloch et Makaï) donnent, sur 20 accidents: 17 après chloroforme, 3 après éther, 2 après kélène. Enfin, sur 20 cas de mort par pâleur-hyperthermie communiqués à Armingeat par des chirurgiens habiles et expérimentés, on relève: 9 morts par chloroforme, 5 par l'éther, 1 par le Schleich, 1 par anesthésie locale, 1 sans aucune anesthésie.

Si l'on s'en rapporte aux chiffres, il faut donc incontestablement considérer le *chloroforme comme plus nocif que l'éther* chez le nourrisson. Mais O. ne croit pas que le choix de l'anesthésique joue un grand rôle dans l'apparition des accidents de pâleur-hyperthermie, puisque ceux-ci peuvent survenir en dehors de l'emploi de tout anesthésique.

J. Dumont.

GAZETTE MÉDICALE DE FRANCE
(Paris)

P. Moulonguet et P. Delinotte (Paris). ***Un nouveau traitement des retards de consolidation de fracture*** (*Gazette médicale de France*, 1929, n° 72, 15 Décembre). — Récemment, Arnaud et Ciaudo (de Marseille) (*Société de Biologie*, 1929, tome C, p. 889) ont proposé de traiter les fractures tardant à se consolider par des injections, dans le foyer, d'une suspension colloïdale de chaux et de silice.

M. et D. ont eu l'occasion d'utiliser ce traitement dans un cas, et ils en ont obtenu un si bon résultat qu'ils croient devoir le publier. Ils ont d'ailleurs modifié légèrement la technique indiquée par Arnaud et Ciaudo et, au lieu d'employer le mélange indiqué par ces derniers, ils ont injecté séparément et successivement les ampoules suivantes: 66 milligr. de chlorure de calcium officinal pour 1 cmc; 0,02 cmc de la solution du codex de silicate de potassium pour 1 cmc.

Il s'agit, en résumé, d'une fracture oblique de jambe restée non consolidée au bout de trois mois. Le blessé étant rentré alors à l'hôpital, on commença, suivant les indications d'Arnaud et Ciaudo, une série de 10 injections calco-silicatées dans le foyer de fracture. Ces injections furent assez douloureuses, produisant parfois une réaction locale assez vive, et elles durent être interrompues à deux reprises, en sorte que la série de 10 injections a duré 16 jours. Au bout de ce temps, la fracture, qui était laissée sans appareil et dont on suivait l'état de jour en jour, était sensiblement consolidée. On refit alors un nouvel appareil de marche qui fut enlevé au bout de 2 semaines: à ce moment la consolidation était complète.

Le blessé, qui, jusque-là, souffrait à la marche et ne pouvait pratiquement marcher qu'avec des béquilles, ne souffrait plus du tout à la marche et se servait d'une seule canne, que d'ailleurs il abandonna quelques jours après. La jambe est raccourcie de 1 cm. 1/2, elle est droite. Le cal est gros, ce qui s'explique par la déformation en baïonnette du squelette. Les mouvements du cou-de-pied et du genou sont normaux. J. Dumont.

PARIS MÉDICAL

E. Chabrol et R. Charonnat. ***La révision du chapitre des cholagogues*** (*Paris médical*, tome XIX, n° 49, 7 Décembre 1929). — Les variations normales de la sécrétion biliaire rendent souvent difficile l'étude de l'action physiologique des cholagogues. C. et C. ont repris cette étude expérimentalement en se basant sur deux principes: l'administration du cholagogue par voie veineuse pour supprimer la cause d'erreur que constitue la barrière intestinale; l'utilisation de fistules cholédociennes temporaires après exclusion de la vésicule sur des chiens neufs et vigoureux, endormis par la chloralose.

A côté des cholagogues proprement dits qui mettent en branle la bile renfermée dans les voies biliaires extrahépatiques et surtout dans la vésicule et dont les meilleurs sont le sulfate de magnésium, la peptone, l'huile d'olive, le jaune d'œuf, l'eau, le vin, le lait, C. et C. étudient les substances qui augmentent le flux de la sécrétion biliaire: *les cholérétiques.*

Les plus brillants cholérétiques appartiennent sans conteste à la série aromatique. Ce sont d'abord l'acide phénylquinoléique carbonique (atophan), le naphtoate et l'oxynaphtoate de sodium ou de potassium et les sels biliaires. Le benzoate de soude s'est montré inactif; le salicylate de soude a donné des résultats inconstants; le galate de sodium paraît plus actif.

Dans cette série de substances, le groupe carbonyle et la fonction phénolique ne sont pas seuls en cause; le nombre des noyaux aromatiques accouplés intervient ainsi que le poids de la molécule.

Parmi les cholérétiques de la série grasse, l'huile de Haarlem donne des résultats comparables à ceux des sels biliaires. L'huile d'olive, la glycérine sont restées sans effet. L'acide oléique et l'oléate de sodium augmentent la sécrétion hépatique de la bile. La chloralose peut doubler ou tripler le volume de la bile recueillie par fistule.

Parmi les alcaloïdes agissant sur le système nerveux végétatif, l'atropine, l'acétylcholine, le tartrate d'ergotamine, l'yohimbine, la pilocarpine, n'augmentent point le volume de la bile sécrétée par le foie. L'adrénaline, la morphine et la caféine ont même un effet inhibiteur.

La sécrétine, considérée comme le prototype des cholérétiques, n'a point fait varier du simple au double le volume de la bile excrétée en une demi-heure dans l'unique observation. L'insuline, la rétropituitrine, la thyroïdine sont restées inactives. L'histamine accroît la sécrétion de la bile, mais d'une façon passagère.

Les feuilles de boldo, de romarin, de menthe ont doublé le volume de la sécrétion biliaire, alors que les feuilles d'artichaut et l'écorce de bourdaine ont été inactives.

Le sulfate de sodium a sensiblement doublé le volume de la bile excrétée ainsi que le chlorure de magnésium. Le bicarbonate de sodium, le phosphate de sodium, le citrate de sodium, le sulfate de magnésium sont restés sans effet. A fortes doses, le sulfate de magnésium a eu pour effet de tarir la sécrétion biliaire.

Cette action anticholérétique du sulfate de magnésium ne va pas à l'encontre de son action cholagogue.

Le neptal a produit une augmentation de la sécrétion biliaire au minimum du simple au double.

Les sels de Vichy et ceux de Carlsbad doublent la sécrétion biliaire. L'action des eaux de Châtel-Guyon est probablement due à leur richesse en chlorure de magnésium. Robert Clément.

E. Forgue (Montpellier). ***Le signe bleu de l'ombilic, l'ecchymose ombilicale (signe de Hofstätter-Cullen-Hellendall) au cours d'une gestation extra-utérine et comme signe d'un hémopéritoine*** (*Paris médical*, tome XIX, n° 51, 21 Décembre 1929). —

C'est un fait de sémiologie générale que le diagnostic de foyers hémorragiques profonds peut nous être révélé en surface par des infiltrations sanguines distantes et par des ecchymoses symptomatiques. Il en est ainsi, en particulier, des hémorragies intrapéritonéales qui peuvent se traduire extérieurement par une coloration bleuâtre ecchymotique périombilicale. Cependant ce symptôme n'est guère connu que depuis une vingtaine d'années, depuis que Hofstätter l'eut observé dans un cas de grossesse tubaire rompue avec hernie ombilicale concomitante; 12 ans plus tard, Hellendall le constata dans les mêmes conditions; enfin, 2 ans avant Hellendall, Cullen l'avait relevé chez une femme à paroi abdominale mince, sans hernie ombilicale, présentant également une rupture de grossesse tubaire, d'où la dénomination de « signe d'Hofstätter-Cullen-Hellendall » :

Ce signe est loin d'être constant : Hofstätter déclare ne l'avoir rencontré que 3 fois en 15 ans et il n'a pu en relever dans la littérature que 12 autres cas. Personnellement F. déclare ne l'avoir vu qu'une seule fois. Malgré cette rareté, la connaissance de ce signe est importante, car elle dépasse la simple question des hémorragies par rupture ou avortement de grossesse tubaire : elle intéresse le problème, parfois si incertain, du diagnostic précoce de tous les grands épanchements dans le péritoine.

D'après le dépouillement attentif de cette quinzaine d'observations, il semble que le phénomène de la coloration ecchymotique de l'ombilic apparaisse dans des conditions diverses.

Dans certains cas, c'est un abondant hémo-péritoine qui transparaît au niveau de la zone mince des téguments que constitue une hernie ombilicale. Il s'agit alors d'une grosse hémorragie, de rupture plutôt que d'avortement, avec sang liquide ou sérum très coloré s'épanchant vers l'hypogastre, au-devant des anses intestinales, et pénétrant ainsi dans le sac herniaire qu'elle colore par translucidité.

Mais la présence de la hernie n'est pas indispensable à la production du signe ombilical. En effet, Sternberg a observé, sans hernie, un ombilic bleuâtre, par hémopéritoine, dans un cas d'adéno-carcinome du foie ayant donné lieu à une abondante ascite hémorragique. De même, Kapsinow a noté la coloration bleuâtre de l'ombilic normal, chez un enfant atteint de sarcome du rein, dans l'abdomen duquel la laparotomie montra un abondant épanchement de sang liquide. Enfin, dans les 3 cas de Strube, de Cullen, de Hellendall, concernant des ruptures de grossesse tubaire, l'ecchymose caractéristique apparut à l'ombilic, sans hernie préalable.

Ce n'est pas, non plus, une condition absolue pour qu'apparaisse l'ecchymose ombilicale, que la quantité de sang soit considérable. Ainsi, dans la deuxième observation de Hellendall, sans qu'il y eût, d'ailleurs, une hernie à son niveau, l'ombilic présentait une coloration bleutée, bien que l'épanchement sanguin intraséreux fût de médiocre quantité : il semble, dans ce cas, que l'infiltration sanguine jusqu'à l'ombilic se soit faite, en suivant le péritoine antérieur pariétal, probablement par l'espace sous-séreux, l'hématome, à la suite de la rupture du sac tubaire, débutant dans l'espace décollé du méso-salpinx. Dans d'autres cas, assez nombreux, c'est en suivant l'épiplon, adhérent à la hernie, que le sang se trouve conduit, par drainage capillaire, jusque dans l'intérieur du sac; on vérifie alors, au cours de l'intervention, que l'épiploon est infiltré de sang; et c'est cette épiplocèle adhérente, ecchymotique, qui transparaît à travers le sac herniaire.

Une autre explication a été fournie de ces suffusions sanguines pelvi-abdominales s'extériorisant à l'ombilic par une ecchymose; elle est, surtout, soutenue par les auteurs américains. Selon cette conception, la migration des éléments colorants du sang, du péritoine vers l'ombilic, s'effectuerait par les voies d'anastomose très riches, qui unissent le système lymphatique intra- et extra péritonéal Tel est le cas très curieux de Zum Busch où, chez une femme qui présentait le signe de l'ombilic, il a été conduit, par la laparotomie, sur un kyste de l'ovaire, à pédicule tordu, dont la paroi brun noirâtre était, sans aucun épanchement intrapéritonéal, accolée étroitement par des adhérences à la paroi abdominale antérieure. Il est vraisemblable que, dans les ecchymoses d'apparition tardive, au cours d'épanchement sanguin peu considérable, cette migration lymphatique des éléments colorants du sang joue un certain rôle.

J. Dumont.

F. Morel. *Syphilis sans chancre* (*Paris médical*, tome XIX, n° 52, 28 Décembre 1929). — Fournier considérait le chancre comme « l'exorde obligé de la syphilis acquise ». Le chancre peut être microscopique, imperceptible, mais la présence d'une adénopathie satellite et la durée normale de l'incubation de la roséole font repousser l'idée de syphilis d'emblée dans ces cas. Seule, mérite d'être étiquetée syphilis sans chancre, celle qui résulte d'une inoculation sanguine du tréponème : syphilis intraveineuse d'emblée ou hématogène dont les premières manifestations sont les accidents secondaires. La syphilis conceptionnelle fut la première considérée comme syphilis « décapitée »; mais l'expérimentation et quelques observations sont venues prouver la réalité de la syphilis sans chancre.

On a pu réaliser l'inoculation intraveineuse du virus syphilitique tant à l'homme qu'aux animaux, et prouver ainsi la contagiosité du sang syphilitique. D'autre part, la constatation directe du tréponème dans le sang circulant a confirmé les résultats de ces inoculations. Si les résultats positifs furent d'abord rares, ils atteignirent entre les mains de Grossmann 100 pour 100 à partir du 22e passage. Dans ces cas, l'incubation se trouve raccourcie.

L'hérédo-syphilis, tout compte fait, n'est autre qu'une syphilis sans chancre d'emblée intraveineuse. Le passage du tréponème de la mère au fœtus se fait par l'intermédiaire des vaisseaux placentaires.

Quelques faits cliniques plaident en faveur de la syphilis sans chancre. Il s'agissait soit de blessures accidentelles chez des médecins ou des chirurgiens au cours d'interventions chez des sujets syphilitiques, soit d'injections thérapeutiques septiques pratiquées avec des aiguilles chargées de produits virulents, de sang généralement.

En matière de transfusion, il faut se montrer très exigeant sur le choix des donneurs et s'entourer de toutes les garanties cliniques et sérologiques.

On peut se demander si certains insectes piqueurs ne joueraient pas un rôle analogue. Pour expliquer les syphilis féminines occultes, on peut supposer que le tréponème, charrié par le sperme, pénètre directement par voie sanguine au niveau de la muqueuse utérine cruentée à l'occasion des règles ou du post-partum.

Dans les observations de syphilis intraveineuses d'emblée, la roséole, les plaques muqueuses et les signes de la syphilis secondaire sont les premières manifestations; l'incubation est très abrégée. La sérologie est positive d'emblée.

La syphilis intraveineuse d'emblée ne semble pas en désaccord avec les lois de la pathologie en général : l'absence de chancre peut s'expliquer par l'absence de réaction allergique initiale, le tréponème pénétrant dans l'organisme par une autre voie que la voie cutanéo-muqueuse.

Robert Clément.

LYON MÉDICAL

A. Richard (Lyon). ***A propos des dilatations aiguës de l'estomac en dehors des dilatations post-opératoires*** (*Lyon médical*, tome CXLV, n° 2, 12 Janvier 1930). — Les dilatations aiguës de l'estomac peuvent se classer en 2 grandes catégories : les dilatations post-opératoires et celles qui ne succèdent pas à une intervention abdominale. Les premières sont les plus fréquentes Les autres sont plus rares, mais, quoique connues depuis longtemps, leur étiologie reste obscure encore aujourd'hui. A l'occasion de 2 cas personnels de dilatations aiguës de l'estomac observés a la suite d'un traumatisme grave, R. expose les théories habituellement invoquées pour expliquer non seulement ces dilatations dites post-traumatiques mais aussi celles dites primitives dans lesquelles aucun trauma n'est en jeu.

Parmi les dilatations post-traumatiques, on s'explique assez facilement celles qui succèdent à un traumatisme abdominal; avec Lejars, on peut les attribuer à des lésions (contusion ou compression) des troncs et plexus nerveux rétropéritonéaux. Il est d'autant plus naturel de faire jouer au système nerveux un rôle essentiel que l'on voit dans des traumatismes graves, sans contusion abdominale, apparaître le même syndrome, en particulier dans les fractures de la colonne vertébrale.

Il en va tout autrement pour les cas de dilatations aiguës dites primitives où aucun traumatisme ne peut être invoqué. Il s'agit la plupart du temps de sujets bien portants jusque-là, parfois aussi de sujets présentant depuis longtemps des troubles digestifs, qui brusquement déclenchent des accidents aigus de dilatation faisant croire à une péritonite par perforation. Comment expliquer ces faits? R. croit qu'il existe presque toujours chez de tels sujets, soit une légère stase duodénale antécédente, soit une sténose pylorique bien tolérée jusque-là, qui ne jouent un rôle pathologique que le jour où intervient la cause déterminante : l'ingestion d'un repas trop copieux. C'est lui qui déclenche la dilatation : sous l'influence de la surcharge gastrique, la sténose latente et bien tolérée s'aggrave, surtout s'il s'y ajoute un phénomène spasmodique au début; rapidement apparaît l'atonie de la paroi épuisée par le travail excessif; sous la même influence de surcharge apparaît secondairement la striction mésentérique et la dilatation par atonie consécutive. On peut encore faire jouer un rôle important à l'aérophagie surajoutée.

Restent des cas d'interprétation plus difficiles. Jusqu'à présent nous avons trouvé une cause déterminante — traumatisme, repas excessif —, dans quelques observations il n'y a ni l'un ni l'autre. Pour certaines on peut invoquer avec quelque raison l'anesthésie; pour d'autres, il faut se borner à incriminer la seule aérophagie. Celle-ci est fréquente et l'on ne peut qu'être frappé de voir combien on la rencontre dans ses formes frustes : elle est à la base de nombreux troubles digestifs comportant parfois des crises qui, sans aller jusqu'à la gravité et l'acuité de la dilatation, revêtent cependant une allure assez aiguë.

Le diagnostic de dilatations aiguës dites primitives de l'estomac est le plus souvent fort difficile. En cas de dilatation post-traumatique, on est tout naturellement porté à diagnostiquer une rupture viscérale : foie, rate, tube digestif. Dans les autres cas, le diagnostic est plus facile, ou moins difficile. Le simple antécédent du repas extraordinairement abondant s'accompagnant de signes graves attire déjà l'attention. Lorsque les sujets sont des adolescents, qu'ils n'ont aucun passé digestif, on fait et on doit même faire le diagnostic. Mais pas toujours, et il est certain que, chez des gens âgés, à passé gastrique, on est beaucoup plus enclin à incriminer une perforation avec péritonite consécutive. Si bien que l'on est conduit à une intervention dont l'utilité est au moins contestable.

C'est qu'en effet, si l'on a pu rapporter des observations de guérison après laparotomie et intervention gastrique (gastrostomie ou gastro-entérostomie), il semble bien que le simple traitement médical soit suffisant : lavages d'estomac tièdes, renouvelés souvent — afin de réveiller la contractilité gastrique — toni-cardiaques, sérums, etc... Même si le diagnostic n'a pas été fait, si l'on est intervenu pour péritonite ou rupture d'organes intrapéritonéaux, si l'on ne trouve rien autre qu'une dilatation gastrique, le plus sage est de refermer rapidement l'abdomen, sans tenter une opération mal indiquée, et d'appliquer d'emblée le traitement médical. C'est ce que R. a fait pour son 2e malade, qui a guéri. C'est aussi ce que recommande Lejars.

J. Dumont.

REVUE MÉDICALE DE L'EST
(Nancy)

Hamant et Bodard (Nancy). ***L'intervention du sympathique périartériel dans l'évolution des anévrismes artérioso-veineux*** (*Revue médicale de l'Est*, tome LVII, n° 14, 15 Juillet 1929). — Un blessé de guerre ayant reçu une balle dans le

L'Opinion de Trousseau sur le Traitement du Rachitisme

Messieurs, ce qui contribue à me faire penser que l'ostéomalacie et le rachitis ne sont qu'une même maladie, c'est que l'un et l'autre sont merveilleusement combattus par la même médication.

Cette médication qui, dans le traitement du rachitis, peut être considérée comme véritablement héroïque, c'est l'huile de foie de morue, et, d'une façon plus générale, l'huile de poisson.

Employé de temps immémorial parmi le peuple, en Angleterre, en Hollande, en Westphalie et sur tout le littoral du nord de l'Allemagne, ce médicament n'avait jamais été donné par les gens de l'art. Cependant au commencement de ce siècle des médecins d'outre-Rhin, SCHENCK et FEHR, avaient publié à ce sujet des observations pleines d'intérêt; mais ces faits étaient restés inconnus en France, lorsqu'en 1827, BRETONNEAU, qui les ignorait comme tout le monde, fut conduit de la manière suivante à essayer de l'huile de foie de morue dans le rachitis.

Il y avait alors à Tours une famille hollandaise à laquelle l'éminent praticien donnait ses soins. Un des enfants, âgé de quinze mois, devint rachitique au plus haut degré. Depuis quatre ou cinq mois, BRETONNEAU luttait inutilement contre le mal, épuisant toute la série des médications conseillées à cette époque, lorsque le père de l'enfant lui dit que son fils aîné, atteint de la même maladie, avait été guéri en Hollande par un remède populaire, l'huile de poisson. BRETONNEAU l'engagea à employer le même moyen sur le jeune malade, et le succès fut si incroyablement rapide que mon illustre maître en fut frappé.

Encouragé par ce premier exemple, il répéta l'expérience sur d'autres rachitiques, et ce fut alors que, faisant des recherches sur l'huile de foie de morue dont il constatait les bons effets, il vit avec plaisir que ces bons effets étaient confirmés par ceux qu'avaient obtenus les médecins allemands dont tout à l'heure je vous citais les noms.

BRETONNEAU nous fit part, à GUERSANT, au professeur J. CLOQUET et à moi de ses curieuses observations, et à notre tour nous administrâmes le remède aux enfants rachitiques que nous eûmes à traiter. Les résultats furent aussi complètement satisfaisants qu'on nous l'avait annoncé. Bientôt l'emploi de l'huile de foie de morue se généralisa et aujourd'hui il n'est pas un médecin qui n'y ait recours dans des circonstances analogues.

Comment agit ce médicament? est-ce par des vertus spécifiques antirachitiques comme le mercure et l'iodure de potassium dans la syphilis? Je ne le crois pas. Sa vertu consiste essentiellement en ce que l'huile de foie de morue est un tonique analeptique d'un ordre supérieur, c'est-à-dire qu'elle agit en sa qualité de corps gras, et peut-être en qualité de corps gras combiné avec diverses substances toniques excitantes, l'iode, le phosphore, etc..., et combiné dans des proportions et suivant certains modes que l'*analyse chimique pourra peut être découvrir, mais qu'en tous cas la synthèse ne saurait fidèlement reproduire. Il en est d'elle comme de tous ces médicaments composés que l'on trouve tout préparés dans la nature; et ainsi que j'ai eu occasion de vous le dire dans ma conférence sur la dyspepsie, à propos des eaux minérales naturelles, la prétention de ceux qui veulent remplacer ces médicaments par des préparations pharmaceutiques est, à mon avis, aussi dénuée de sens que le serait la prétention de vouloir faire de toutes pièces un composé qui approchât d'un vin naturel*, fût-ce un vin du plus mauvais cru. L'huile de foie de morue constitue à la fois un aliment et un agent de stimulation parfaitement approprié à l'état de l'organisme plus ou moins détérioré.

Elle ne jouit pas seule d'ailleurs de ces propriétés reconstituantes. L'huile de raie, l'huile de hareng, l'huile de poisson du commerce, laquelle se tire surtout des cétacés, peuvent parfaitement la remplacer. Pour ma part, quand j'ai à traiter des enfants dans des familles dont la condition de fortune demande à être prise en considération, je prescris l'huile dont se servent les cordonniers, de beaucoup moins chère que les huiles de raie ou de morue. Quelque répugnante que cette huile paraisse, les petits malades s'en accommodent généralement aussi bien que des autres. J'ajouterai même relativement à l'huile de foie de morue, que celle qui n'est pas épurée est de beaucoup préférable à toutes ces huiles blanches dont les prospectus et les annonces de journaux proclament la supériorité.

Dans les pays du Nord, sur le littoral de la mer Baltique par exemple, où c'est un usage populaire de donner aux enfants débiles et aux adultes valétudinaires l'huile de baleine ou l'huile de poisson indifféremment, soyez convaincus qu'on ne prend guère soin de les épurer.

(TROUSSEAU, *Clinique médicale de l'Hôtel-Dieu de Paris*, 8e édition, page 529.)

Nous tenons à mettre sous les yeux des lecteurs ces pages vraiment prophétiques qui ont été écrites, il y a plus de soixante ans, par TROUSSEAU. *L'huile de foie de morue reste le médicament spécifique du rachitisme. Le* CALCOLÉOL *est une huile de foie de morue naturelle, solidifiée et condensée. Sa présentation, en dragées ou en granulés dragéifiés, facilite son ingestion pour les enfants qui ont quelque répugnance à prendre de l'huile non épurée.*

creux poplité droit ne présente, à la suite de cette blessure, aucun trouble; après la guerre, il reprend son métier de chauffeur de locomotive, restant presque constamment debout, ne ressentant ni douleurs, ni aucune gêne fonctionnelle. Ce n'est que 12 ans après, à la suite d'une broncho-pneumonie, que sa jambe commence à enfler, à devenir lourde, douloureuse, violacée, puis à se couvrir d'ulcérations. Un mois après, il doit cesser tout travail et entrer à l'hôpital.

Là, on constate l'existence, au creux poplité, de signes évidents de communication artério-veineuse, sans tuméfaction nette d'ailleurs. Une incision longitudinale y découvre un tissu scléreux, dense, occupant tout le creux poplité et englobant artère et veine qu'il est impossible de séparer l'une de l'autre. On essaie en vain de déterminer exactement le niveau de la communication anormale et on se décide en conséquence à enlever en bloc artère et veine poplitées sur toute leur hauteur.

Le soir de l'opération, on constate que, non seulement le pied n'est pas refroidi, mais qu'il est au contraire plus chaud que le pied du côté opposé. Dans les jours qui suivent, cette hyperthermie persiste, les ulcérations diminuent rapidement, l'infiltration de la jambe tend à disparaître; bref, tout se passe comme après une sympathectomie pour ulcère variqueux. Au bout de 10 jours, le malade se lève et marche sans aucune douleur. Depuis ce temps, c'est-à-dire depuis un mois, l'œdème a presque disparu, toutes les ulcérations sont cicatrisées.

L'examen de la pièce a montré qu'il s'agissait d'une fistule artério-veineuse sans canal intermédiaire, sans sac ni artériel, ni veineux. Un autre détail anatomo-pathologique plus intéressant est l'existence de ce tissu scléreux englobant artère et veine et s'étendant loin de la communication, tant en amont qu'en aval. H. et B. pensent qu'amorcé par la réaction conjonctive banale qui se fait autour de toute plaie, si minime soit-elle, ce tissu conjonctif péri-anévrismal, d'abord peu développé au point de ne gêner en rien la circulation du membre, tant à l'état de repos qu'à l'état fonctionnel, s'est à un moment donné en quelque sorte réveillé, soit qu'une virulence microbienne locale se soit exaltée, soit qu'une maladie infectieuse intercurrente (broncho-pneumonie) ait déclenché, par un processus d'ailleurs peu connu, la prolifération conjonctive.

Comment a pu agir cette poussée inflammatoire pour rompre l'équilibre circulatoire du système artério-capillaire à la périphérie qui s'était parfaitement maintenu jusqu'alors? En réalité, 2 hypothèses seulement peuvent être prises en considération: 1° intervention de causes physico-chimiques, d'ailleurs en grande partie inconnues, qui, modifiant le milieu humoral local, peuvent entraver les processus normaux des échanges cellulaires et 2° interventions de causes vaso-motrices dépendant du sympathique. C'est cette dernière hypothèse qui paraît la plus plausible à H. et à B. qui admettent que, dans leur cas, le point de départ des troubles a été une altération du sympathique périartériel.

Si le sympathique périartériel est englobé dans un tissu de sclérose, il est le point de départ d'excitations perpétuelles et surtout physiologiquement inutiles, le système artériolo-capillaire se dérègle, l'adaptation vaso-motrice est rompue et les troubles trophiques se déclenchent. L'englobement de l'artère par un tissu scléreux densifié et rétracté au cours d'une maladie infectieuse a joué chez le malade en question le même rôle que l'extériorisstion d'une artérite. Les suites opératoires ont justifié pleinement cette manière de voir et il n'y a pas lieu d'être surpris de l'hyperthermie qui s'est manifestée le soir et les jours suivants dans la jambe et le pied, la température étant supérieure à celle du côté opposé. Cette hyperthermie a persisté depuis et les ulcérations ont complètement cicatrisé, l'œdème a presque disparu.

Ce résultat favorable va-t-il se maintenir? Il est à craindre que le tissu de sclérose dense qui comblait tout le creux poplité se reproduise, et, d'une part, remette invinciblement la jambe en flexion, comme avant l'opération, et, d'autre part, diffusant dans le voisinage, aille bloquer le territoire des quelques collatérales si pauvres en cette zone dangereuse. De toute façon, avant de parler de résultat durable, il faudrait attendre au moins 6 mois.

J. Dumont.

BULLETIN DE L'ACADÉMIE ROYALE DE MEDECINE DE BELGIQUE

(Bruxelles)

A. Haibe. ***L'asthme infantile*** (*Bulletin de l'Académie Royale de Médecine de Belgique*, séance du 26 Mai 1929). — Chez le grand enfant, les cuti-réactions montrent que l'asthme résulte, dans la majorité des cas, d'une sensibilisation aux protéines absorbées par les voies respiratoires, et que, parmi celles-ci, les protéines microbiennes sont le plus souvent responsables. Cet « asthme microbien » serait d'un pronostic plus sombre que la plupart des asthmes infantiles.

La tuberculose et la syphilis ne jouent à peu près aucun rôle dans l'étiologie de l'asthme infantile. Celui-ci est souvent lié à des affections rhino-bronchiques dues à des germes pyogènes. Les coryzas, trachéites, bronchites, parfois une broncho-pneumonie, une coqueluche, une rougeole, sont parmi les maladies prédisposantes, particulièrement les rhino-bronchites descendantes. Au point de vue expérimental, les recherches bactériologiques ont montré, dans les sécrétions du nez, de la gorge et des bronches de plusieurs centaines d'enfants atteints d'asthme, des microbes pyogènes tels que le streptocoque et le staphylocoque. Les toxines staphylococciques provoquent, chez ces sujets, des intradermo-réactions positives qui confirment le rôle pathogénique des microbes isolés.

Ces sensibilisations cutanées désignent les malades qui sont le plus justiciables de la vaccinothérapie et règlent la composition du vaccin à employer.

L'emploi combiné de l'antivirus-thérapie qui modifie l'état inflammatoire de la muqueuse du naso-pharynx, et prévient les rechutes du coryza, et de la vaccinothérapie, qui désensibilise les malades, est une méthode simple, facile, sans danger et qui assure la guérison dans 95 pour 100 des cas justiciables de cette méthode de traitement.

Robert Clément.

BRUXELLES MÉDICAL

Albert Govaerts (Bruxelles). ***Le traitement des rhumatismes chroniques*** (*Bruxelles médical*, t. X, nº 4, 24 Novembre 1929). — On peut admettre l'intervention de 4 facteurs dans la pathogénie des rhumatismes chroniques: l'infection générale ou locale; l'état constitutionnel engendré par des perturbations humorales ou hormonales; les troubles vasculaires locaux; la susceptibilité individuelle aux influences mésologiques (climats, profession, traumatismes, etc.).

G. a traité 229 cas de rhumatismes chroniques ainsi répartis:

Polyarthrite de nature goutteuse. .	15 cas
Rhumatisme musculaire.	125 —
Rhumstisme déformant	4 —
Arthrite localisée	20 —
Sciatique.	65 —

par l'injection intramusculaire de 5 cmc d'une solution d'iode à 3 pour 100 et de salol à 20 pour 100 dans l'huile d'olive.

L'injection est pratiquée tous les 2 jours dans la région fessière, durant 6 semaines. Il est indispensable de s'assurer qu'il n'existe chez le patient ni troubles cardio-rénaux, ni signes thyroïdiens et de tâter la susceptibilité individuelle.

Les résultats obtenus se classent ainsi: amélioration complète et permanente 60 pour 100; amélioration légère, mais persistante 10 pour 100; amélioration temporaire 25 pour 100; échec 5 pour 100.

L'amélioration est plus rapide et plus intense dans le rhumatisme musculaire et la sciatique, moindre dans les arthrites localisées. L'association de l'iode et du salol, la lenteur de la résorption sont les facteurs de l'efficacité de cette thérapeutique.

Robert Clément.

A. H. Roffo (Buenos-Aires). ***La fixation de la cholestérine dans la peau, dans les régions protégées ou non de l'action solaire*** (*Bruxelles-médical*, tome X, nº 7, 15 Décembre 1929). — R. a pratiqué de nombreux dosages de la cholestérine dans la peau en différentes régions du corps. La teneur en cholestérine de la peau de la face est quelquefois 5 et 7 fois supérieure à celle de la peau de l'abdomen. Il existe aussi des différences appréciables dans la teneur en cholestérine des régions de la peau de la face exposées au soleil — joues, nez — et des régions protégées des rayons solaires par le chapeau: front.

Par rapport à la teneur en cholestérine de la peau de la joue, on trouve au niveau du front une diminution de 35 à 45 pour 100 et, au niveau du nez, une augmentation qui peut atteindre 200 pour 100. Chez les femmes qui ne portent pas de chapeau, la cholestérine de la peau du front et de celle de la joue est analogue.

Ces résultats permettent d'admettre un rapport dans la richesse en cholestérine de la peau et l'exposition aux rayons solaires et d'attribuer la fixation de la cholestérine à ce niveau à une propriété héliotropique de cette substance.

Pour R., qui admet l'importance du terrain cholestérinique dans la détermination du cancer, il y aurait un rapport entre cette hypercholestérinie de la peau et la fréquence des tumeurs cutanées. Parmi celles-ci, les plus fréquentes sont celles qui siègent sur le nez (61,4 pour 100 des cas), celles de la joue (18 p. 100 des cas). Enfin, les tumeurs cutanées seraient observées beaucoup plus souvent chez l'homme (70,9 p. 100) que chez la femme (29,1 pour 100).

Ces chiffres sont basés sur une statistique de 1.557 cas de tumeurs cutanées de la face.

Robert Clément.

REVUE MÉDICALE DE LA SUISSE ROMANDE

(Genève-Lausanne)

R. S. Mach (Genève). ***De l'érythrocyanose sus-malléolaire à l'érythème induré de Bazin*** (*Revue médicale de la Suisse romande*, tome XLIX, nº 13, 25 Novembre 1929). — L'érythrocyanose symétrique sus-malléolaire est caractérisée par une coloration bleu violacé symétrique, en manchettes sus-malléolaires, une infiltration diffuse des téguments qui sont plus froids, une kératose pilaire et l'absence des indurations circonscrites caractérisant l'érythème induré de Bazin.

Cette infection des jeunes filles, entre 15 et 25 ans, s'accompagne parfois de troubles endocrino-sympathiques.

L'anatomie pathologique n'apporte pas la preuve de la nature tuberculeuse, mais ne l'infirme pas; au contraire, elle témoigne d'une inflammation chronique et d'une souffrance tissulaire plus en rapport avec une cause infectieuse qu'avec des troubles circulatoires du sympathique.

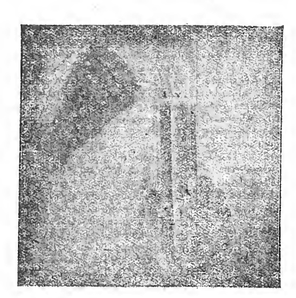
Les cas observés par M. ont tous été, sauf une exception, très améliorés par la tuberculine.

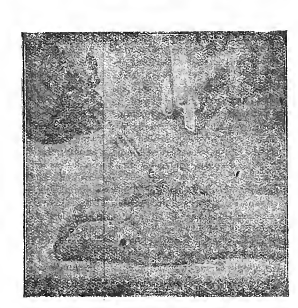
Pour M., la clinique, l'anatomie pathologique et la thérapeutique permettent donc de rapprocher l'érythème induré de l'érythrocyanose.

Expérimentalement, il a injecté à 5 cobayes, dans le pli de l'aine, 6 à 7 cmc de sang prélevé dans une veine chez 4 malades dont une seule avait une lésion tuberculeuse en activité (lupus). 2 ou 3 semaines après l'inoculation, les ganglions de l'aine étaient tuméfiés et ces ganglions tuberculisèrent un 2e cobaye.

M. pense donc que les troubles circulatoires ne suffisent pas à expliquer l'histologie pathologique de l'érythrocyanose, que la nature de la lésion et ses localisations ne peuvent s'expliquer par un simple phénomène de stase; l'existence de troubles glandu-

La Bougie d'AMBRINE

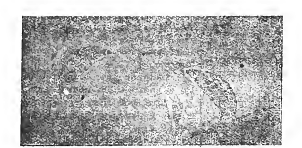




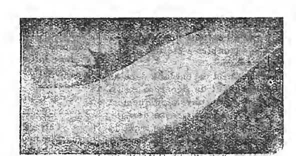
PANSEMENT :

Rigoureusement ASEPTIQUE

Instantanément prêt ◆ Application facile



Plaie traumatique par écrasement.
Accident du travail.



Cicatrisation par l'AMBRINE, sans adhérence,
ni impotences, ni rétractions cicatricielles,

CICATRISATION DES PLAIES

Traumatiques, chirurgicales, résultant d'Affections cutanées

Le Laboratoire de l'AMBRINE, 43, Bd de la Tour-Maubourg, PARIS — Téléph. : Saxe 41-80
envoie avec le plus grand plaisir Echantillons et Littérature à Messieurs les Docteurs

laires n'est pas nécessaire au développement de l'érythrocyanose et ils sont extrêmement rares chez ces malades. La parenté de l'érythrocyanose avec l'érythème induré permet de supposer l'origine tuberculeuse de l'érythrocyanose et de la rattacher à d'autres formes de tuberculose inflammatoire curable.

ROBERT CLÉMENT.

BRUNS' BEITRÄGE zur KLINISCHEN CHIRURGIE

Melchior. *L'empyème pleural* (*Bruns'Beiträge zur klinischen Chirurgie*, tome CXXXXV, nº 4, 1929). — Il s'agit d'un rapport dans lequel M. envisage surtout les questions générales, sans détail très précis et sans fournir aucune statistique ; il communique en quelque sorte ses impressions personnelles.

L'opposition entre les méthodes de traitement à thorax ouvert et thorax fermé a été très discutée après les épidémies de grippe survenues en 1918-1919, au cours desquelles les complications pleurales ont été extrêmement graves. La mortalité à ce moment a tenu à deux faits : il s'agissait de pleurésies à streptocoques et, d'autre part, des lésions de bronchopneumonie étaient souvent surajoutées. Dans les pleurésies à pneumocoques, le pronostic est beaucoup moins grave.

Les méthodes à thorax fermé et à thorax ouvert ne s'opposent plus aujourd'hui de la même façon qu'autrefois, car, dans les méthodes ouvertes, on réduit au minimum le pneumothorax en appliquant sur la région un pansement humide bien serré. En tout cas, il faut rejeter absolument les méthodes qui consistent, après une thoracotomie évacuatrice, à pratiquer une hyperpression pulmonaire, et à refermer complètement la plaie, Dans un autre sens, les lavages pleuraux, très employés jadis, ne méritent plus guère d'être maintenus, car ils peuvent être le point de départ de phénomènes emboliques et de troubles réflexes pleuraux.

D'une manière générale on aura recours au procédé à thorax fermé quand le pus est très liquide, et qu'il n'y a pas tendance à l'accolement, dans les cas d'empyème bilatéral et quand il existe une affection pulmonaire provoquant déjà des troubles dyspnéiques accentués. Pour obtenir une guérison définitive, il faudra parfois recourir à la thoracectomie ouverte. La résection costale est nécessaire quand le pus est très épais et, pour éviter la nécrose des extrémités costales, il faut sectionner au ras de la zone dépériostée.

Quand il s'agit d'une infection très virulente, on videra d'abord la collection par une ponction, la veille de l'opération, puis on pratiquera un drainage ouvert, en évitant le large pneumothorax et en appliquant un pansement humide au devant de la plaie.

En cas de pleurésie métapneumonique, on obtient la guérison par n'importe quel procédé ; il est préférable de pratiquer dans ce cas la résection costale, étant donné l'épaisseur du pus. On adjoindra bien entendu à ce traitement le siphonage et la gymnastique respiratoire.

La résection costale portera au point le plus déclive; certains chirurgiens la reportent même au niveau de la 12e côte, en faisant ensuite remonter le drain verticalement vers la plèvre. Ce drain ne doit être enlevé ni trop tôt, ni trop tard ; avant son ablation on n'a qu'à l'oblitérer pendant quelques jours et à surveiller la courbe de température. On donnera enfin aux malades une nourriture riche en calories et en azote pour lutter contre la suppuration.

Chez les enfants, la pleurésie est extrêmement grave jusqu'à l'âge de 2 ans, car elle se complique en général de broncho-pneumonie; il est préférable de recourir chez eux à la simple ponction car ils supportent mal la thoracectomie; même plus âgés, les enfants guérissent bien par la ponction, et il faut retarder le plus longtemps possible la thoracectomie.

Passé le stade aigu, les malades doivent toujours être surveillés de très près, pour éviter les accidents de rétention.

M. termine par quelques considérations sur l'empyème chronique en reprenant ses causes classiques et discutant les thoracectomies et la décortication pulmonaire sans apporter aucun élément nouveau sur cette question.

J. SÉNÈQUE.

ZENTRALBLATT für INNERE MEDIZIN (Leipzig)

A. Benedict. *Réaction lymphatique et fièvre ganglionnaire* (*Zentralblatt für innere Medizin*, tome L, nº 46, 16 Novembre 1929). — La conception de la réaction lymphatique a d'abord été purement hématologique et basée sur une formule blanche caractéristique, avec sa mononucléose prononcée et ses mononucléaires anormaux rappelant les lymphoblastes et les plasmocytes. Puis, cette formule ayant été rencontrée accompagnée d'adénopathies plus ou moins généralisées, de fièvre variable, souvent d'angine et de splénomégalie, on fit peu à peu de ce tableau clinique associé à cette formule assez spéciale une entité nouvelle, la fièvre ganglionnaire. Etiologiquement Türk l'attribuait à une aplasie du système granulocytaire ; mais on s'aperçut que les épreuves fonctionnelles (collargol, etc.) de la moelle osseuse donnaient des résultats normaux et que les malades qui avaient fait une réaction lymphatique réagissaient, lors d'infections ultérieures, par de la leucocytose polynucléaire banale. Pendant longtemps, les auteurs gardèrent une grande réserve sur la nature de la cause pathogène. Il fallut les épidémies américaines de fièvre ganglionnaire pour faire incriminer un agent spécifique. Peu à peu cette tendance est allée s'accentuant et l'on parle maintenant de maladie spécifique autonome, à formule sanguine caractéristique, conditionnée par le lymphotropisme du virus hypothétique.

B. s'élève contre cette conception et soutient que la formule typique de la réaction lymphatique peut se retrouver dans des affections foncièrement différentes de la fièvre ganglionnaire. Il cite à l'appui le cas d'une femme de 62 ans, atteinte de syphilis tertiaire, qui présenta à un an d'intervalle deux pneumonies franches. La première s'accompagna d'une mononucléose s'élevant à 81 pour 100 qui rétrocéda avec la guérison. A la seconde atteinte qui fut mortelle le pourcentage des mononucléés monta jusqu'à 100 et l'on constatait les formes pathologiques qui sont considérées comme caractéristiques de la réaction lymphatique. B admet ici l'existence d'un facteur constitutionnel prédisposant à la production de cette réaction lymphatique. Il rappelle, en outre, que la rubéole, et même la rougeole, peuvent aussi à un stade tardif s'accompagner de mononucléose à plasmocytes très marquée et qu'on a signalé des réactions lymphatiques dans la syphilis héréditaire, la scarlatine, les pyodermites. D'autre part, la diversité des constatations hématologiques faites dans la fièvre ganglionnaire n'autorise pas à penser à un virus primitivement lymphotrope, non plus que les lésions des ganglions, qui n'ont rien de caractéristique. En somme, la réaction lymphatique n'a rien de caractéristique d'une maladie infectieuse spéciale ; elle ne représente qu'une réaction biologique non spécifique, analogue à l'éosinophilie ou à la monocytose à macrophages.

P.-L. MARIE.

ZEITSCHRIFT für KREISLAUFFORSCHUNG (Leipzig et Dresde)

F. Loos. *Un cas de lésions cardiaques au cours de la maladie de Basedow* (*Zeitschrift für Kreislaufforschung*, tome XXI, nº 21, 1er Novembre 1929) — Chez une femme de 45 ans, atteinte depuis plusieurs années de goitre exophtalmique accompagné de symptômes cardiaques accusés, crises de palpitations violentes, tachycardie intense avec embryocardie, dilatation du cœur gauche, ayant abouti à la mort subite au cours d'une crise, L. a trouvé un cœur volumineux, à cavités gauches dilatées, dont le myocarde présentait des formations scléreuses et des altérations parenchymateuses disséminées en tous points. Ce qui prédominait, c'étaient des petits foyers de dégénérescence atteignant seulement quelques fibres, quelquefois même 1 ou 2 sur un court trajet; les noyaux à ce niveau avaient souvent disparu ou n'étaient plus représentés que par quelques masses de chromatine isolées, la substance contractile présentait des altérations semblables à celles de la dégénérescence cireuse avec transformation ultérieure en petites masses. On trouvait toutes les transitions, entre ces nécroses toutes récentes et des foyers plus anciens renfermant des macrophages plus ou moins abondants ou constitués par du tissu de granulation ayant remplacé les fibres myocardiques. Les portions sclérosées très étendues présentaient souvent encore des restes de fibres musculaires conservées, formant des placards ou d'étroites bandes, ce qui montre bien l'origine de cette sclérose aux dépens des foyers de nécrose assez peu étendus, mais ayant conflué. Au voisinage des foyers se trouvaient des amas de lymphocytes.

L'origine de ces petits foyers multiples de nécrose ne peut être attribuée à des oblitérations vasculaires d'origine artérioscléreuse, ni à des états de spasme des artères. Ces nécroses myocardiques ressemblent beaucoup à celles que produisent la diphtérie et l'intoxication oxycarbonée, ce qui indique qu'elles sont dues à un agent toxique circulant dans le sang et lésant directement la fibre cardiaque. Fahr, qui a déjà signalé des lésions analogues du myocarde dans la maladie de Basedow, a adopté la même pathogénie, de même que Ceelen et Goodpasture qui ont décrit aussi des foyers miliaires très petits de nécrose parenchymateuse adjacents à de petits amas périvasculaires de cellules rondes.

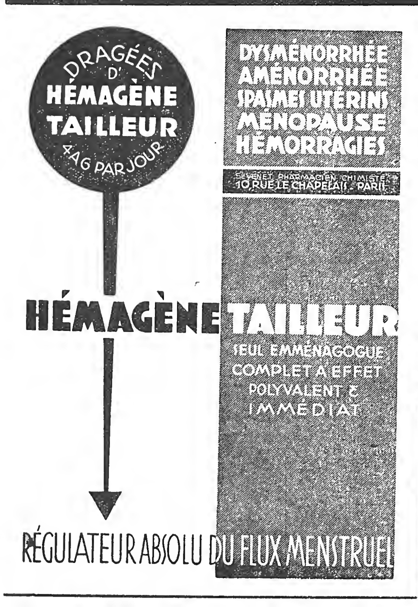
P.-L. MARIE.

W. D. Wyschegorodzewa. *Un cas de cardiopathie d'origine traumatique* (*Zeitschrift für Kreislaufforschung*, tome XXI, nº 21, 1er Novembre 1929). — W. relate un cas de contusion du thorax ayant déterminé une lésion cardiaque qui paraît bien être une déchirure de la cloison interventriculaire.

Un ouvrier de 25 ans, sans antécédents pathologiques, dont le cœur avait été récemment reconnu normal, reçoit au côté gauche de la poitrine un violent coup occasionné par un levier qui lui avait échappé des mains. Il perd connaissance pendant 20 minutes, présente de la dyspnée, des crachats hémoptoïques et de la tachycardie avec hypotension. Immédiatement après l'accident les bruits cardiaques sont sourds Le lendemain, l'état général est satisfaisant, mais on trouve un souffle systolique à tous les orifices. Quelques jours après, on perçoit un frémissement systolique au niveau de l'aire de projection du ventricule droit et un souffle systolique étendu depuis le ventre jusqu'à la base du cou, se propageant en arrière à la région interscapulaire gauche et ayant son maximum dans le 4e espace intercostal gauche contre le sternum. Pas d'accentuation du deuxième bruit pulmonaire, pas de pouls veineux vrai, cœur de dimensions normales. Sur l'électrocardiogramme, exagération de l'accident Q. Radioscopiquement, cœur de volume normal, pulsation synchrone des deux contours du cœur (signe de Deneke). Le blessé se remet vite, ne conservant qu'un peu de dyspnée dans les escaliers, et peut retravailler Contrôlé pendant les 8 mois suivants, il ne présente aucune modification objective ni subjective dans son état.

W. écarte l'hypothèse d'une insuffisance tricuspidienne traumatique (absence constante du pouls veineux vrai, de dilatation du cœur droit et de stase dans la veine cave supérieure) et se rallie au diagnostic de rupture de la cloison interventriculaire en raison du souffle typique de Roger et de la radioscopie qui montre une pulsation synchrone des 2 contours du cœur, indice d'une communication interventriculaire. Celle-ci semble peu considérable (absence d'hypertrophie du ventricule droit et d'accentuation du deuxième bruit pulmonaire). L'apparition du souffle, 24 heures seulement après la contusion, semble indiquer que la fissure n'a pas été d'emblée complète.

Dans ce cas, d'après la direction du traumatisme,


DRAGÉES D'
HÉMAGÈNE
TAILLEUR
4 À 6 PAR JOUR
DYSMÉNORRHÉE
AMÉNORRHÉE
SPASMES UTÉRINS
MÉNOPAUSE
HÉMORRAGIES
SEVENET PHARMACIEN CHIMISTE
10 RUE LE CHAPELAIS . PARIS
HÉMAGÈNE TAILLEUR
SEUL EMMÉNAGOGUE
COMPLET A EFFET
POLYVALENT &
IMMÉDIAT
RÉGULATEUR ABSOLU DU FLUX MENSTRUEL


LA
PASSIFLORINE


OSTELINE
Vitamine D — biologiquement contrôlée
Presenteé sous trois formes
AMPOULES
GOUTTES
COMPRIMÉS
étalonnée et contrôlée à un
pouvoir vitaminique D
constant
Échantillons et littérature
LABORATOIRES RISSA
46 rue Claude Lorrain
LILLE


Glaxo

le thorax paraît avoir été comprimé selon un de ses diamètres obliques et la moitié gauche du cœur avoir été atteinte par la contusion. En raison des lois de l'hydrostatique, il a dû se produire une forte élévation de pression dans le ventricule gauche au moment où le choc a atteint le ventricule en pleine systole, d'où éclatement de la cloison. P.-L. Marie.

VIRCHOW'S ARCHIV für PATHOLOGISCHE ANATOMIE und PHYSIOLOGIE und für KLINISCHE MEDIZIN (Berlin)

A. Fontana et K. Lageder. *A propos de quelques formes d'anémie pernicieuse à étiologie connue* (*Virchow's Archiv*, tome CCLXXIII, fasc. 3, Octobre 1929). — Travail basé sur l'étude histologique de 5 cas d'anémie du type pernicieux dans lesquels on put mettre en évidence, soit par les recherches cliniques, soit par l'étude anatomique, un facteur étiologique bien déterminé : syphilis, tuberculose, grossesse, entérite, hépatite purulente. Les auteurs soulignent l'identité absolue des lésions histologiques avec celles de l'anémie pernicieuse idiopathique et insistent sur le fait que l'hématopoïèse du type mégaloblastique est l'expression d'une altération grave, mais non irréparable, de la moelle osseuse. Il n'existe donc aucune différence de principe entre les anémies pernicieuses secondaires et l'anémie pernicieuse du type Biermer. Celle-ci est toujours déterminée par un facteur toxique ou infectieux qui agit avec une certaine électivité sur la moelle osseuse (hématoxicose et myélotoxicose). Pour que le syndrome puisse devenir manifeste et se développer avec son allure progressive, un facteur constitutionnel doit intervenir dont la nature nous échappe à l'heure actuelle mais qui est très probablement en rapport avec le fonctionnement des glandes endocrines.

L'anémie pernicieuse se présente au début comme une affection localisée au niveau du parenchyme médullaire. Ce n'est que dans la suite, lorsque l'activité de la moelle est épuisée, que cette affection prend l'allure d'une maladie générale frappant le système hémo-histioblastique dans sa totalité.

Ch. Oberling.

DERMATOLOGISCHE WOCHENSCHRIFT (Leipzig)

E. Reyne. *Altérations de la peau et des muqueuses dans l'agranulocytose* (*Dermatologische Wochenschrift*, tome LXXXIX, n° 48, 30 Novembre 1929). — Après une maladie infectieuse (angine, rhumatisme articulaire, etc.) ou après une intoxication (par le salvarsan, dans 2 cas observés par l'auteur), peut apparaître un trouble de la leucopoïèse, une agranulocytose (Schultz), caractérisée par une diminution considérable du nombre des leucocytes (qui peut tomber à 700 par millimètre cube) et par une disparition complète ou presque complète des cellules blanches granuleuses, le tout survenant sans fièvre ni phénomènes généraux. L'état du sujet atteint d'agranulocytose est grave, parce que ses tissus, du fait de la leucopénie, n'offrent plus la résistance suffisante aux lésions mécaniques et aux infections, si bien que d'un jour à l'autre il peut être atteint de nécroses étendues. Ces nécroses s'observent surtout dans les points les plus exposés aux lésions mécaniques ou aux infections bactériennes : bouche et pharynx, anus, vulve, gros intestin, peau, estomac, poumon. Ces nécroses constituent une porte d'entrée à l'infection générale, qui se traduit alors par une fièvre élevée, un état général mauvais et conduit souvent en peu de jours à la mort. Très rare est la guérison après la chute des escarres. Exceptionnelle est l'évolution chronique avec poussées durant plusieurs mois. Le traitement de l'agranulocytose est encore inconnu; la transfusion sanguine paraît donner quelque amélioration; la radiothérapie échoue.

R. a observé 18 cas d'agranulocytose : 15 femmes, 1 homme et 2 garçons. Le siège des nécroses, qui offraient habituellement un aspect humide, gangreneux, non caractéristique, était : au pharynx seul, 4 fois; au pharynx et au larynx, 4 fois; au pharynx, joue, nez, lobule de l'oreille et bras, 1 fois; pharynx et vulve, 2 fois; pharynx, vulve, vagin et col, 1 fois; pharynx et estomac, 1 fois; pharynx, lèvre supérieure, larynx, œsophage, estomac, iléon, cæcum, 1 fois; pharynx et anus, 1 fois; pharynx, nez, anus, œsophage, estomac, cæcum, côlon, 1 fois; doigts, anus et rectum, 1 fois; gros intestin seul, 1 fois.

Le plus souvent, on fait le diagnostic de diphtérie (12 fois sur 18); une malade atteinte de nécroses de l'anus et du rectum arriva avec le diagnostic de cancer du rectum.

Il faut rejeter le terme d'*angine agranulocytaire* souvent employé; le plus fréquemment il ne s'agit pas d'une angine et l'on pourrait aussi bien parler d'une vulvite, d'une rectite, d'une dermatite, d'une gastrite agranulocytaire.

Les microbes trouvés au niveau des escarres sont très variés : staphylocoques, streptocoques, pneumocoques, nombreux anaérobies; au pharynx, on trouve de nombreux spirilles et bacilles fusiformes, si bien que de nombreux cas d'agranulocytose ont été étiquetés angine de Vincent. C'est l'examen du sang qui tranchera toujours le diagnostic dans les cas difficiles. R. Burnier.

Jeno Szento. *Lésions cutanées dans la tuberculose pulmonaire* (*Dermatologische Wochenschrift*, tome LXXXIX, n° 48, 30 Novembre 1929). — Sur 4.757 malades atteints de tuberculose pulmonaire et hospitalisés dans 2 sanatoriums, S. a noté des altérations cutanées dans 1.405 cas (29,53 pour 100), à savoir chez 601 hommes (26,01 pour 100), 793 femmes (35,01 pour 100) et 11 enfants (6,04 pour 100).

Dans 38 cas, S. nota l'existence de *lésions tuberculeuses cutanées* : 14 *lupus* (9 h., 3 f. et 2 enf.); 6 *tuberculoses verruqueuses* (5 h. et 1 f.); 6 *tuberculoses ulcérées* (1 h. et 5 f.); 5 *tuberculoses lichénoïdes* (1 h. et 4 f.); 7 *ulcérations tuberculeuses de la bouche* (5 h. et 2 f.). A noter le pourcentage très bas (0,79 pour 100) des lésions tuberculeuses cutanées chez les tuberculeux pulmonaires.

Parmi les *manifestations toxiques cutanées*, S. range les *dermatites* qu'il nota dans 109 cas, 2,29 pour 100 (52 h. et 57 f.); l'*eczéma* avec 71 cas, 1,49 pour 100 (35 h., 32 f. et 4 enf.); la *chute des cheveux* avec 29 cas, 0,60 pour 100 (9 h. et 20 f.).

Parmi les dermatoses pouvant relever d'un trouble du système endocrinien, S. classe la *séborrhée* avec 159 cas, 3,34 pour 100 (39 h. et 120 f.); l'*acné vulgaire* avec 207 cas, 4,25 pour 100 (79 h. et 128 f.); le *chloasma* et la *pigmentation phtisique* avec 48 cas, 1 pour 100 (2 h. et 46 f.); l'*acrocyanose* avec 37 cas, 0,77 pour 100 (7 h. et 30 f.); l'*érythrocyanose des jambes* chez 4 femmes seulement.

Les *mycoses* cutanées ont été peu fréquemment observées : l'*épidermophytie* dans 28 cas, 0,58 p. 100 (26 h. et 2 f.); l'*érythrasma* dans 7 cas, 0,14 p. 100 (5 h. et 2 f.); la *trichophytie* dans 65 cas, 1,36 p. 100 (47 h. et 18 f.); le *pityriasis versicolor* dans 37 cas, 0,77 pour 100 (17 h. et 20 f.); à noter le peu de fréquence du *pityriasis versicolor* chez les tuberculeux, à l'encontre des notions classiques.

La *syphilis* avec Wassermann + a été notée chez 131 malades, 2,75 pour 100 (96 h. et 3 f.).

Parmi les dermatoses très rarement relevées chez les tuberculeux, citons l'*érythème noueux* noté dans 3 cas (2 f. et 1 enf.); le *lupus érythémateux* dans 4 cas (3 h. et 1 f.); le *psoriasis* dans 8 cas (5 h. et 3 f.); le *zona* dans 15 cas (8 h. et 7 f.).

R. Burnier.

MEDIZINISCHE KLINIK (Berlin)

J. Kretz. *Le traitement du rhumatisme articulaire chronique* (*Medizinische Klinik*, tome XXV, n° 37, 13 Septembre 1929). — K. croit que la plupart des rhumatismes chroniques sont dus à l'association de toute une série de facteurs étiologiques variés : hérédité, constitution, anomalies statiques ou mécaniques, troubles du métabolisme, infections chroniques, troubles nerveux et endocriniens. Il insiste particulièrement sur ces derniers, auxquels il accorde, avec Aszmann, la plus grande importance. Cliniquement, il est difficile de reconnaître leur intervention, malgré les caractères particuliers que certains auteurs accordent au rhumatisme chronique endocrinien : localisation plutôt périarticulaire qu'articulaire (Umber), pigmentation des articulations phalangiennes (Wiesel), atrophie musculaire et aspect sclérodermique du tégument (Wiesel), atrophie articulaire (Kretz). Aussi Kretz a-t-il essayé de les mettre en évidence par les réactions fermentatives d'Abderhalden. Les 22 cas examinés étaient 4 polyarthrites subaiguës, 8 polyarthrites chroniques récidivantes, 4 arthrites déformantes, une ostéite fibreuse généralisée, une ostéoarthrite chronique vertébrale, et 4 rhumatismes chroniques déformants d'étiologie indéterminée. Les réactions d'Abderhalden ont été très souvent positives avec des produits endocriniens. 18 fois avec le thymus (contre 3 réactions négatives), 12 fois avec la parathyroïde (contre 2 réactions négatives), 11 fois avec l'ovaire (contre 10 réactions négatives), 11 fois avec le testicule (contre 8 réactions négatives), 7 fois avec les surrénales (contre 8 réactions négatives), 5 fois avec l'hypophyse (contre 13 réactions négatives), 7 fois avec la thyroïde (contre 15 réactions négatives). La fréquence des réactions positives au thymus et aux parathyroïdes n'est pas surprenante, étant donné le rôle important que jouent ces glandes dans le métabolisme du calcium et dans l'ostéogenèse.

Le traitement devra s'inspirer de la complexité de cette étiologie. Outre le dépistage et la cure des foyers d'infection chronique (amygdales, dents, sinus, appareil utéro-ovarien chez la femme, prostate chez l'homme), il comporte une médicamentation opothérapique, que K. règle d'après les réactions d'Abderhalden : ovarienne, thyroïdienne, testiculaire, parathyroïdienne. K. lui associe souvent la protéinothérapie, quelquefois les injections intramusculaires d'huile soufrée à 1 pour 100, à doses progressives de 1 à 40 milligr., enfin le traitement des troubles associés de la nutrition : la restriction alimentaire s'il y a obésité, l'ergostérine irradiée s'il y a tendance à l'ostéomalacie. Le traitement local comporte éventuellement la correction du pied plat ou du pied creux, et les enveloppements d'ichtyol ou de boues thermales. J. Mouzon.

E. Moser. *L'action des injections intramusculaires de pepsine* (*Medizinische Klinik*, tome XXV, n° 37, 13 Septembre 1929). — Glaessner a pu guérir, par des injections sous-cutanées de pepsine, des ulcérations qu'il avait produites expérimentalement par injection intradermique d'une solution chlorhydrique de ce ferment. Il signala, en même temps, un effet thérapeutique de ces injections dans les ulcérations cancéreuses.

M. a repris l'expérimentation clinique des injections de pepsine, et il a observé, lui aussi, une action thérapeutique qui lui paraît très puissante, pour la cicatrisation des plaies et pour l'assouplissement des cicatrices.

Les observations, qu'il prend pour exemple, sont au nombre de 3.

La première est celle d'une femme de 51 ans, qui avait été soignée pour un fibro-myome utérin en 1919. Le fibrome et l'utérus avaient été enlevés opératoirement. Mais, avant et après l'opération, la malade avait été soumise à une radiothérapie intensive. Après l'opération, en particulier, des séances de radiothérapie pénétrante avaient été répétées journellement pendant 4 semaines. A la suite du traitement, des taches rouges avec télangiectasies étaient apparues sur les régions irradiées... En Mai 1927, soit 8 ans après, cette femme fut gravement brûlée sur la poitrine et sur le cou; la cicatrisation dura 6 mois, et laissa des rétractions intenses, qui obligeaient cette femme à tenir la tête constamment penchée en avant, et qui abaissaient les commissures labiales. A la fin de Juillet 1928, une ulcération apparut dans la cicatrice

BISMUTHOÏDOL

Bismuth colloïdal à grains fins, solution aqueuse

Procédé spécial aux Laboratoires ROBIN

Injections sous-cutanées, intra-musculaires ou intra-veineuses

Immédiatement absorbable — Facilement injectable

COMPLÈTEMENT INDOLORE

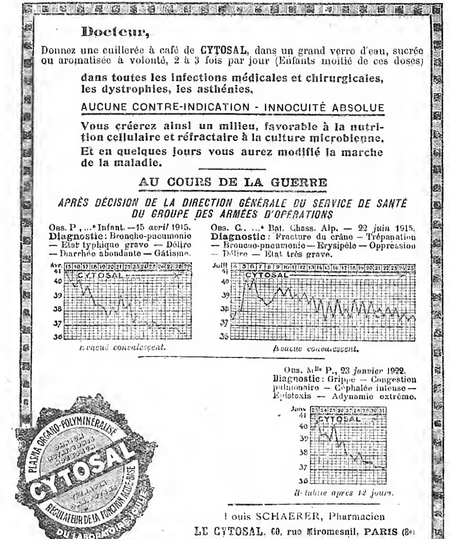
1 ampoule de 2 cmc. tous les 2 ou 3 jours.

LABORATOIRES ROBIN, 13, Rue de Poissy, PARIS





LABORATOIRES DEGLAUDE
MÉDICAMENTS CARDIAQUES SPÉCIALISÉS
6 — RUE D'ASSAS — PARIS



Docteur,

Donnez une cuillerée à café de **CYTOSAL**, dans un grand verre d'eau, sucrée ou aromatisée à volonté, 2 à 3 fois par jour (Enfants moitié de ces doses)

dans toutes les infections médicales et chirurgicales, les dystrophies, les asthénies.

AUCUNE CONTRE-INDICATION - INNOCUITÉ ABSOLUE

Vous créerez ainsi un milieu, favorable à la nutrition cellulaire et réfractaire à la culture microbienne. Et en quelques jours vous aurez modifié la marche de la maladie.

AU COURS DE LA GUERRE

APRÈS DÉCISION DE LA DIRECTION GÉNÉRALE DU SERVICE DE SANTÉ DU GROUPE DES ARMÉES D'OPÉRATIONS

Obs. P, ...• Infant. — 15 *avril* 1915. **Diagnostie**: Broncho-pneumonie — Etat typhique grave — Délire — Diarrhée abondante — Gâtisme.

Evacué convalescent.

Obs. C., ...• Bat. Chass. Alp. — 22 *juin* 1915. **Diagnostic**: Fracture du crâne — Trépanation — Broncho-pneumonie — Erysipèle — Oppression — Délire — Etat très grave.

Evacué convalescent.

Obs. Mlle P., 23 *janvier* 1922. **Diagnostic**: Grippe — Congestion pulmonaire — Céphalée intense — Epistaxis — Adynamie extrême.

Rétablie après 12 jours.

Louis SCHAERER, Pharmacien

LE CYTOSAL, 60, rue Miromesnil, **PARIS** (8e)



JEMALT WANDER

HUILE DE FOIE DE MORUE AU MALT en PAILLETTES

Sans goût ni consistance huileuse

Toutes les indications de l'huile de foie de morue

Établissements WANDER. — CHAMPIGNY-SUR-MARNE (Seine).

opératoire de l'hystérectomie, et cette ulcération, qui présentait tous les caractères d'une radio-nécrose, s'étendait encore lentement, en Janvier 1929, lorsque fut commencé le traitement par les injections de pepsine. Celles-ci furent faites à des doses progressives, en commençant par 0 cmc 03 : du 23 Janvier au 27 Mai, la malade reçut 43 cmc de la solution en 44 injections. L'ulcération commença par sécréter beaucoup plus abondamment, mais, très rapidement, elle prit, en son centre, un aspect plus net et plus bourgeonnant; elle continua à s'étendre par sa périphérie, mais elle se cicatrisa progressivement en son centre, et, le processus de cicatrisation gagnant peu à peu de vitesse le processus d'ulcération, la plaie se trouva, vers le 2e mois du traitement, fractionnée, et la cicatrisation devint complète en Juin. En même temps, la malade accusa une sensation douloureuse dans sa cicatrice; celle-ci s'assouplit alors, au point que la tête put être complètement redressée et que la déviation des commissures disparut. Quelques mois après, la sensation douloureuse se calma, et on sentit se fondre les dernières indurations que le doigt sentait dans la cicatrice rétractée. Enfin, les taches télangiectasiques de l'abdomen semblent avoir pâli pendant les injections de pepsine.

La seconde observation est celle d'une jeune fille qui, à la suite d'une ostéomyélite du bassin survenue à l'âge de 6 ans, en 1911, avait toujours gardé des fistules suppurantes de la région sacro-lombaire, avec plaies torpides. Les injections intramusculaires, entreprises depuis 2 mois, ont amélioré considérablement l'aspect des plaies fituleuses, qui donnent l'impression d'être en voie de guérison. Dans ce cas également, les injections ont déterminé d'abord une exsudation plus abondante.

Enfin M. rapporte sa propre observation. Il souffrait de pyorrhée alvéolo-dentaire depuis 1914; les 30 injections de pepsine, qu'il se fit faire du 7 Avril au 25 Juin, ont fait disparaître les douleurs gingivales et ont atténué le déchaussement des dents.

La tolérance des injections est très variable. Certains malades les supportent sans en ressentir aucun effet fâcheux. D'autres les redoutent à cause de la vive douleur qu'elles provoquent. M. lui-même, après avoir bien toléré les premières piqûres, eut ensuite à souffrir de nodosités locales de type inflammatoire, de frissons, de fatigue et de troubles cardiaques.

La solution de pepsine utilisée est celle qui avait été recommandée par Glaessner.

J. Mouzon.

P. Mahler. *La réaction du suc gastrique à l'adrénaline* (*Medizinische Klinik*, tome XXV, n° 39, 27 Septembre 1929). — L'influence de l'injection d'adrénaline sur la sécrétion gastrique a été diversement appréciée : certains auteurs ont vu la sécrétion s'accroître (Pal, Yugawa, Loeper et Verpy, Sirotin), d'autres l'ont vue diminuer (Rogers, Rabe et Ablahadjan, Bewing; Hess et Gundlach); Bœnheim et Suda Hernando décrivent des effets variables selon les cas; Alpern a observé une inhibition initiale, suivie d'une hypersécrétion secondaire.

Les expériences de M. lui ont montré que la courbe de la sécrétion gastrique, après injection d'adrénaline, peut présenter plusieurs types différents, de même que la courbe de la tension artérielle. Les sujets sympathicotoniques et les sujets névrotoniques ou normaux réagissent, comme l'avait vu Alpern, d'abord par une inhibition, puis, après 20 à 30 minutes, par une excitation de la sécrétion gastrique. Chez les vagotoniques, qui ne font pas ou qui font peu d'hypertension artérielle après injection d'adrénaline, la courbe peut être de même type; mais, assez souvent aussi, elle est inverse : il y a d'abord excitation, puis inhibition de la sécrétion. Les variations de l'acidité du suc gastrique sont généralement de même sens que les variations de son volume.

Les injections préalables de calcium ont tendance à modifier les courbes de la sécrétion gastrique dans le sens de la sympathicotonie, comme cela se produit pour la courbe de la tension artérielle (Kylm). Les injections de sels de potassium, au contraire, agiraient, à l'égard des deux courbes, dans un sens vagotonique.

J. Mouzon.

U. Spiller. *La valeur de la « réaction pyrétogène » dans la thérapeutique d'irritation* (*Medizinische Klinik*, tome XXV, n° 39, 27 Septembre 1929). — Le terme de « thérapeutique d'irritation », introduit par Bier, désigne ce que nous appelons la « thérapeutique de choc ». Mais la conception originelle a subi bien des modifications. Tandis que, pour certaines de ses applications, on jugeait utile d'accentuer la réaction fébrile au point de recourir à l'inoculation du paludisme, l'habitude s'implantait peu à peu de préférer, pour les indications courantes, les préparations protéinothérapiques qui, par leur dosage, par leur mode de préparation ou par leur voie d'introduction (sous-cutanée ou même buccale), permettent d'éviter la réaction fébrile et les réactions focales, toujours plus ou moins désagréables pour les malades et impressionnantes pour leur entourage.

S. n'est pas convaincu de la réalité des effets thérapeutiques qu'on attribue aux médicaments de ce deuxième type, par lesquels on prétend réaliser une « thérapeutique d'irritation liminaire », et qui ne s'obtiennent le plus souvent qu'après des semaines ou des mois de traitement. Il préfère la forme pyrétogène de la protéinothérapie et il utilise, à cet effet, la « vaccineurine » en injection intraveineuse, qu'il a appliquée dans 72 observations.

La première injection est faite à la dose de 1/15, qui est presque toujours pyrétogène. La réaction est généralement franche, mais elle ne donne jamais lieu à des phénomènes inquiétants. Elle se manifeste d'abord par de la céphalée, une sensation de froid, un malaise général, qui sont presque immédiats, et qui durent environ une heure. Le frisson fait souvent défaut. La fièvre s'élève ensuite, et elle continue à monter après la disparition du malaise subjectif pour atteindre son acmé vers la 4e heure, puis elle retombe en 24 heures, 48 heures au plus. L'accélération du pouls est d'habitude moins marquée que l'élévation de la température. La réaction générale est toujours accompagnée d'une réaction locale, qui consiste en une exagération des douleurs qu'il s'agit de traiter. Ces dernières s'atténuent ou disparaissent, au contraire, dans les jours qui suivent. Si l'effet est insuffisant, — ce qui est le plus fréquent, — on renouvelle l'injection à dose un peu plus forte (1/10e) au bout de 5 ou 6 jours; quelquefois on est arrivé à une 3e injection; mais, si l'effet n'est pas suffisant, il est inutile de poursuivre le traitement; une 4e ou une 5e injection n'agiraient pas mieux. Dans les cas réfractaires, on peut aller jusqu'à la dose de 1/5e.

Cette thérapeutique s'applique à tous les âges. Les malades de S. avaient de 4 à 78 ans. Les cardiaques même, pour S. comme pour Holler, la supportent parfaitement. La statistique des cas traités se décompose comme il suit :

16 cas de névralgie sciatique : 1 guérison après une injection; 3 guérisons après 2 injections; 7 améliorations fonctionnelles importantes après 3 injections; 4 cas peu améliorés.

15 cas de névralgies et de myalgies de localisations diverses : 8 guérisons après une injection; 4 guérisons après 2 injections; 3 améliorations nettes après 3 injections.

2 cas de lumbago, datant de 3 ou 4 jours, guéris après une injection.

12 cas de rhumatisme chronique : 7 améliorations nettes après 3 injections.

2 cas de spondylose ankylosante : un cas d'amélioration nette après 3 injections, mais avec récidive ultérieure réfractaire au traitement.

Parmi ces malades, beaucoup souffraient depuis des mois ou des années, et on ne recourait pour eux à la pyrétothérapie qu'en désespoir de cause.

Ce traitement rapide, peu onéreux, se juge en 2 ou 3 semaines, alors que les traitements intramusculaires, dont les réactions sont atténuées, ou les méthodes qui commencent par des doses très faibles (1/2.500), exigent au moins une dizaine d'injections et 5 ou 6 semaines.

Dans 6 cas de rhumatisme articulaire aigu, les injections ont paru juguler la fièvre et marquer l'arrêt de la polyarthrite. Même dans le cas d'endocardite, l'efficacité du traitement reste la même.

Contrairement aux assertions de Doellken, S. n'a obtenu aucun effet thérapeutique avec sa méthode dans 2 cas de polynévrite et dans 2 cas d'hémiplégie. Une tabétique a été soulagée de ses douleurs.

Les névropathes ne réagissent généralement guère aux médications pyrétogènes : ils ne font ni fièvre, ni réaction focale, et ils ne sont pas soulagés par le traitement. Pour S., cette particularité serait même un élément du diagnostic entre les algies de cause organique et les algies d'origine cœnesthopathique.

J. Mouzon.

H. L. Popper. *Recherches sur la prévention des thromboses et des embolies post-opératoires par l'administration de thyroxine* (*Medizinische Klinik*, tome XXV, n° 43, 25 Octobre 1929). — Divers arguments avaient donné l'idée de prévenir les accidents post-opératoires liés aux thromboses veineuses par l'opothérapie thyroïdienne : tout d'abord, l'absence de thromboses à la suite des thyroïdectomies (même lorsqu'il y a des troubles cardiaques sérieux), puis l'habitus particulier des sujets prédisposés aux thromboses, enfin la constatation, chez les opérés qui restent alités, d'un abaissement de la tension artérielle, d'un ralentissement de la circulation et d'une diminution du métabolisme basal. Expérimentalement, à la clinique Mayo, on put constater que l'administration de thyroxine chez l'animal ralentissait la formation du caillot.

Des essais thérapeutiques de Walters en Amérique, de Freund en Allemagne, paraissaient encourageants; chacun d'eux n'avait observé, sur 2.000 opérés soumis à la médication thyroïdienne, que 2 embolies pulmonaires.

P. a repris l'expérience, sur une échelle moins vaste, mais en tenant compte de tous les accidents thrombosiques (phlébites avec ou sans embolie).

Une première série de 150 opérés a reçu 3 milligr. de thyroxine synthétique depuis le lendemain de l'opération jusqu'à la guérison. Il y eut, parmi eux, une embolie pulmonaire mortelle et 5 cas de phlébites post-opératoires, dont une avec infarctus pulmonaire. Simultanément, 150 autres opérés n'ont reçu aucun traitement thyroïdien : il y eut parmi eux 4 phlébites, sans complication pulmonaire.

Dans une autre série, 50 opérés reçurent par jour 3 milligr. de thyroxine naturelle : il y eut parmi eux deux cas de phlébite, dont un compliqué d'embolie pulmonaire non mortelle. Les 50 témoins comptèrent une phlébite simple et une embolie pulmonaire mortelle.

La thyroxine synthétique a toujours été bien supportée. La thyroxine naturelle a parfois donné lieu à de petits symptômes d'hyperthyroïdisme.

Quoi qu'il en soit, ces résultats n'encouragent pas à poursuivre les essais de prophylaxie des thromboses et des embolies post-opératoires par l'opothérapie thyroïdienne.

J. Mouzon.

ACTA MEDICA SCANDINAVICA
(Stockholm)

E. B. Salén et T. Nyrén (de Stockholm). *La réaction de fixation du glycose de Lœwi en clinique* (*Acta medica Scandinavica*, t. LXXII, n° 2, 17 Octobre 1929). — Dans une série de travaux retentissants, Lœwi et ses collaborateurs de l'école de Graz ont proposé une nouvelle théorie du diabète et du mécanisme de l'action de l'insuline. En dehors de celle-ci, il existerait un second facteur intervenant dans la glyco-régulation et représenté par une substance sécrétée par le foie, la glycémine, antagoniste de l'insuline, qui jouerait un rôle dans la production de toute hyperglycémie. Deux conditions pourraient ainsi déterminer l'hyperglycémie : soit une hyperglycéminémie primitive (par suite de l'excitabilité exagérée du foie) avec insuffisance relative d'insuline, soit une insuffisance primitive d'insuline avec hyperglycéminémie secondaire (pancréatectomie, diabète pancréatique pur). S'il était possible d'apprécier dans le sang périphérique le rapport insuline-glycémine, on aurait là un moyen précieux de distinguer des catégories dans les états d'hyperglycémie.


LIPOÏDES H.I.
EXTRAITS GALÉNIQUES PURIFIÉS de tous les ORGANES
GYNOCRINOL
Contient l'hormone folliculaire
TROUBLES de la PUBERTÉ et de la MÉNOPAUSE, AMÉNORRHÉES & DYSMÉNORRHÉES DOULOUREUSES, HYPERTENSION, SÉNILITÉ PRÉCOCE.
ANDROCRINOL
Contient l'hormone orchitique
MÉNOPAUSE MASCULINE, NEURASTHÉNIE FATIGUE CÉRÉBRALE DES INTELLECTUELS ASTHÉNIE DES GENS ÂGÉS, SÉNILITÉ PRÉCOCE
POSOLOGIE
6 à 8 pilules par jour ou une injection de 1cmc hypodermique journalière.
LABORATOIRE ISCOVESCO 107 Rue des Dames PARIS

S. et N. ont cru y arriver en utilisant l'épreuve de la fixation globulaire du glycose. L'école de Graz a soutenu en effet que le taux de fixation du glycose sur les hématies *in vitro* augmente sous l'influence de l'insuline et que le plasma des diabétiques ou des animaux rendus diabétiques exerce une influence inhibitrice sur la fixation globulaire du glycose, influence attribuée à l'action de la glycémine, antagoniste de l'insuline. S. et N. ont déterminé le taux de la fixation du glycose chez les sujets étudiés, d'abord à jeun, puis après ingestion de glycose, le sang étant prélevé à intervalles rapprochés pendant les trois heures suivantes, en se conformant à la technique de Lœwi. Ils ont ensuite confronté les courbes de glycémie et de fixation du glycose obtenues chez des sujets normaux, chez des diabétiques, chez des hépatiques et chez des sujets sains après injection d'adrénaline ou d'insuline.

Ils arrivent à cette conclusion que ni le taux de la fixation du glycose à jeun, ni l'aspect de la courbe de l'épreuve d'hyperglycémie provoquée ne permettent de tirer des déductions diagnostiques. Le taux de fixation à jeun varie chez les sujets sains dans de bien plus larges limites que ne l'avait trouvé l'école de Graz dans ses recherches sur l'animal et, d'autre part, l'épreuve pratiquée à plusieurs reprises chez le même sujet peut donner des chiffres très discordants. Il en est de même chez les diabétiques et les hépatiques examinés où les variations constatées paraissent n'obéir à aucune règle et n'autorisent en tout cas aucune conclusion diagnostique.

Mêmes résultats en ce qui concerne les courbes de fixation du glycose après l'ingestion de glycose. D'ordinaire cependant on observe une augmentation consécutive plus ou moins grande du taux de fixation chez les sujets sains, mais elle peut faire défaut, et même être remplacée par une courbe d'inhibition du type diabétique. Inversement, chez les diabétiques et les hépatiques, on peut trouver des courbes de type normal. Deux basedowiens, malgré des réactions d'hyperglycémie normales, avaient une courbe d'inhibition très prononcée.

Ces résultats plaident contre l'interprétation de la pathogénie du diabète et du mécanisme de l'action de l'insuline proposés par l'école de Graz, de même que différents autres faits : taux de fixation à jeun assez élevé malgré une hyperglycémie fortement pathologique, taux de fixation bas malgré une glycémie peu élevée. D'après l'école de Graz, l'élévation de la courbe de fixation indiquant une prépondérance fonctionnelle de l'insuline sur ses antagonistes devrait marcher de pair avec la diminution du sucre sanguin et inversement.

Malgré tout, S. et N. croient que la théorie de Lœwi renferme une part de vérité et ils rejettent l'opinion de Rathery et Kourilsky qui attribuent les divergences des résultats à l'infidélité de la technique de Lœwi. Ils croient au contraire que les facteurs qui interviennent dans le comportement de la fixation du glycose sont de nature bien plus complexe que l'école de Graz ne l'avait admis et que ces facteurs agissent au moins en partie sur la glyco-régulation.

P.-L. Marie.

THE AMERICAN JOURNAL of the MEDICAL SCIENCES

(Philadelphie — New-York)

L. Stevenson, B. E. Christensen et S. B. Wortis. *Expériences sur la pression intracranienne chez l'homme pendant le sommeil et dans diverses conditions* (*The American Journal of the medical Sciences*, tome CLXXVIII, n° 5, Novembre 1929). — Depuis les observations de Mosso, on admet couramment que le sommeil s'accompagne d'une diminution de la pression intracranienne que cet auteur a attribuée à une anémie du cerveau.

S., C. et W. ont eu l'occasion de faire des observations directes sur 5 patients porteurs de hernies cérébrales. Ils ont pu prendre 19 tracés de la pression intracranienne durant le sommeil, soit naturel, soit obtenu par des hypnotiques Or, tous montrent que la pression intracranienne est augmentée pendant le sommeil. Elle augmente graduellement jusqu'à ce que le sujet soit profondément endormi, le maximum alors atteint se maintient constant pendant toute la durée du sommeil profond. Au réveil, la pression revient assez rapidement à la normale La position couchée augmente la pression intracranienne.

Le sommeil partiel ou les états de somnolence s'accompagnent d'une augmentation rythmique de la pression intracranienne, mais qui n'est pas aussi élevée que dans le sommeil profond.

L'action de certains médicaments connus comme sédatifs ou comme stimulants du système nerveux dépend en partie d'un facteur mécanique qui a peu attiré l'attention jusqu'ici et qui est l'augmentation ou la diminution de la pression intracranienne. Ainsi un sédatif comme la morphine produit une augmentation, un stimulant comme la caféine la diminue, et même à tel point que l'injection intracranienne de caféine (0 gr. 35) a pu être utilisée durant les opérations sur le cerveau pour réduire la pression intracranienne avant l'ouverture de la dure-mère ; le luminal, les bromures et le chloral donnés par la bouche n'exercent pas d'influence sur la pression intracranienne ; l'adrénaline, l'extrait hypophysaire, l'éphédrine et l'hyoscine par voie sous-cutanée la font augmenter lentement mais de façon prolongée. Les solutions hypertoniques de glycose, le sulfate de magnésie par le rectum la font diminuer légèrement.

Dans une large mesure, la pression intracranienne est indépendante de la pression artérielle comme l'ont montré les expériences faites avec la trinitrine, le nitrite d'amyle et l'adrénaline.

S., C. et W. arrivent à la conception suivante du mécanisme du sommeil : le centre sympathique cérébral qui maintient le tonus vaso-moteur des vaisseaux se fatiguerait périodiquement, d'où vasodilatation des vaisseaux cérébraux et périphériques ; en même temps la pupille se contracte, le rythme cardiaque se ralentit, la pression décroît, autant de phénomènes témoins de la fatigue du système sympathique pendant le sommeil. Cette vasodilatation cérébrale aurait pour conséquence, soit une disjonction (diachisis) des neurones résultant de l'augmentation de volume du cerveau, et réalisant une interruption fonctionnelle telle que l'ont admise Cajal et Duval, soit une augmentation de la pression du liquide céphalo-rachidien dans le cerveau et en particulier dans les espaces péricellulaires, troublant la conductibilité de l'articulation des neurones.

P.-L. Marie.

S. Cobb et J. P. Hubbard. *Hémorragies cérébrales dues à la stase veineuse et capillaire* (*The American Journal of the medical Sciences*, tome CLXXVIII, n° 5, Novembre 1929). — Les hémorragies dues à des lésions des artères du cerveau ont retenu trop exclusivement l'attention, et l'on a trop négligé celles qui résultent de la congestion veineuse et capillaire. C. et H. en rapportent 5 cas reconnaissant une étiologie variée.

Le premier est un cas d'hémorragie associée à une thrombose étendue des sinus atteignant surtout le sinus longitudinal supérieur chez une femme de 46 ans, issue d'une famille où les phlébites étaient communes, et qui, après une broncho-pneumonie, eut des phlébites des membres inférieurs, et finalement des veines de la dure-mère et du cerveau, se traduisant par des convulsions, d'abord unilatérales, bientôt suivies de mort dans le coma. L'autopsie montra, en dehors des thromboses, de la congestion, des hémorragies et de nombreuses zones de ramollissement dans le cerveau.

Le second cas ressemble en bien des points au précédent. Là aussi, il s'agit d'une thrombose des sinus, mais consécutive cette fois à une méningite otitique chez une enfant de 2 ans, qui présenta des convulsions pendant 3 jours, puis tomba dans le coma. A l'autopsie : thrombose des veines piemériennes avec stase dans les veines plus profondes, hémorragies ponctiformes, ramollissement et exsudat purulent, formation d'abcès.

Dans le troisième cas, concernant un nourrisson de 14 mois, atteint subitement de vomissements suivis, 2 jours après, de convulsions unilatérales, terminées par la mort au bout de 48 heures, on trouva, outre une péricardite, une hémorragie sous-arachnoïdienne étendue, qui résulte bien du trouble de la circulation veineuse, ainsi que l'indiquent la thrombose des veines superficielles, l'œdème accentué, la congestion de tous les vaisseaux, surtout des capillaires, et les nombreuses petites hémorragies pétéchiales dans l'écorce. Là aussi, l'obstacle au retour du sang veineux explique la rupture de la veine dans l'espace sous-arachnoïdien.

Dans le quatrième cas, il s'agit d'une vieille femme ayant succombé à une intoxication par le gaz d'éclairage au bout de 3 jours, dont le cerveau présentait de nombreuses hémorragies de la pie-mère et dans la profondeur des hémisphères. Les hémorragies corticales étaient constituées par la confluence de multiples petites extravasations. Il y avait une zone de ramollissement dans le *globus pallidus* des deux côtés. On ne retrouve pas ici le blocage veineux considérable causé par les thromboses comme dans les cas précédents, et C. et H. pensent que l'hémorragie est due à la rupture des capillaires congestionnés par suite du ralentissement de la circulation et de méthémoglobinémie entraînant de l'anoxémie.

Le cinquième cas est celui d'un nouveau-né extrait par opération césarienne, ayant subi une asphyxie prolongée et mort au bout de quelques heures dans les convulsions. A l'autopsie : congestion extrême de tous les vaisseaux cérébraux, hémorragies pétéchiales dans le plexus choroïde et l'espace sous-arachnoïdien de même que dans les divers viscères.

En somme, dans tous ces cas, l'extravasation provenait des veines et des capillaires, et non des artères. Le facteur mécanique commun à tous est la stase veineuse, le facteur chimique commun est l'asphyxie. Ces deux facteurs peuvent causer des lésions étendues, la lésion élémentaire commune étant une extravasation pétéchiale.

P.-L. Marie.

THE BRITISH MEDICAL JOURNAL

(Londres)

D. R. Jennürgs. *L'amnésie à l'hyoscine au cours du travail ; étude de 24 cas* (*The British medical Journal*, n° 3591, 2 Novembre 1929). — Le mélange morphine-scopolamine est utilisé en Angleterre par les accoucheurs pour obtenir une insensibilisation et une amnésie presque totale pendant le travail. Mais, la morphine semblant produire de l'asphyxie chez le nouveau-né, quelques auteurs ont remplacé le mélange morphine-scopolamine par l'hyoscine pure.

La technique consiste à faire, dès le début du travail, une injection sous-cutanée de 1/3 de milligramme d'hyoscine suivie de 2 autres injections à une demi-heure d'intervalle. Après ces 3 piqûres, une injection de 1/3 de milligramme est faite toutes les 2 heures pendant la durée du travail.

La première piqûre, chez les primipares, doit être faite seulement lorsque la dilatation du col atteint la dimension d'un doigt.

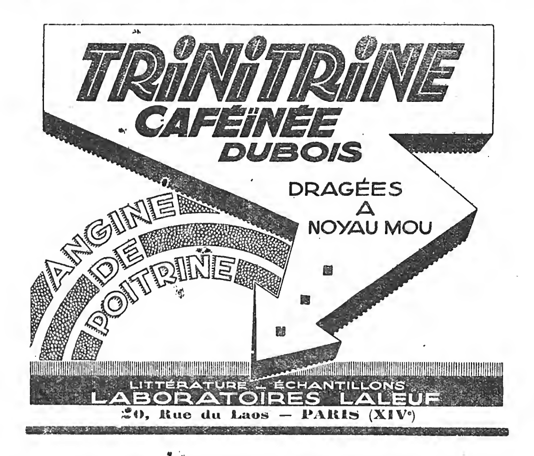
L'hyoscine est contre-indiquée chez les femmes ayant présenté de l'albuminurie gravidique, car c'est un poison du rein.

L'hyoscine produit une sorte de torpeur, d'abrutissement, qui apparaît, en général, dès la 2e injection : les douleurs ne se manifestent plus que par une grimace légère ; il n'y a pourtant pas inconscience absolue, et la femme peut répondre aux questions qu'on lui pose. Il y a, en outre, constamment une amnésie qui va jusqu'à la perte de la reconnaissance des objets usuels. Cette amnésie est durable : après l'accouchement, les femmes ne se souviennent plus que des premières injections.

Aucun phénomène d'intoxication ne s'est manifesté chez les 24 femmes observées. La durée du travail a été en moyenne raccourcie. Il n'y a pas eu d'augmentation du nombre d'applications de forceps. Les hémorragies de la délivranceont été très faibles.

R. Rivoire.


PANSEMENT GASTRIQUE
GÉLOGASTRINE
GÉLOSE
GÉLATINE
KAOLIN PURIFIÉ
ULCÈRES
BRULURES
Lab. LICARDY


TRINITRINE
CAFÉINÉE
DUBOIS
DRAGÉES
A
NOYAU MOU
ANGINE
DE
POITRINE
LITTÉRATURE – ÉCHANTILLONS
LABORATOIRES LALEUF
20, Rue du Laos — PARIS (XIVe)

RÉPERTOIRE DE MÉDECINE PRATIQUE

Un classeur des **Répertoires de Médecine pratique** *est en vente à nos bureaux au prix de : France et étranger,* **9** francs *(envoi franco).*

(N° 514)

Surmenage de l'enfant

On entend par *surmenage* la situation d'un sujet qui aggrave sa fatigue par de nouveaux efforts, de plus en plus disproportionnés à leur rendement. Ce n'est plus, comme dans l'*asthénie* (v c. m.), un épuisement, ou, comme dsns le *nervosisme* (v. c. m.), une dépensivité, une répartition mal réglée des « revenus » de l'énergie vitale, mais une atteinte au « capital », le surmené dissimulant à son entourage ou se dissimulant à lui-même une fatigue qu'il ne sent pas ou qu'il ne veut pas sentir. Dans cet état, la volonte et ses mobiles affectifs sont intacts ou exagérés tandis que les facultés mentales ou physiques (attention, mémoire, résistance musculaire, réserves glandulaires) trahissent objectivement leur affaiblissement. Les complications ou conséquences d'un tel phénomène ont donné lieu à d'autres articles, un grand nombre de maladies infectieuses, d'états carentiels, de troubles même mentaux pouvant invoquer le surmenage comme cause au moins occasionnelle. Mais le surmenage est lui-même un effet.

Psychothérapie ótiologique.

Chez l'enfant, créature essentiellement affective, le surmenage procède toujours d'une obsession passionnelle (ambition, jalousie, émulation, crainte d'insuccès, de punition, etc.) dont la découverte s'impose comme une condition primordiale du traitement.

Eviter, dépister, modifier au moins tout ce qui peut provoquer ou entretenir l' « écharde psychique » de Charcot : dépits, incompréhension d'un *entourage* anormal ou importun (marâtre, tuteur, internat prématuré, mentor grincheux ou malveillant, camarades suspects, modèles inattingibles. etc.).

Canaliser le courant des *émotions* inévitables, dont l'excès ou l'anomalie (Sollier et Courbon) sont à l'origine de tout surmenage. Ne pas suspendre d'épées de Damoclès : limite d'âge (Grasset), suggestion maladroite d'un échec probable ou sans issue. Rappeler que le travail porte toujours son fruit, qu'à chaque jour suffit sa peine, etc. Régler les ambitions (Macé de Lépinay).

« Doser » les *sports*, dont le principe récréatif fait trop souvent place à des soucis intempestifs : séances trop longues, perte de temps entre le travail et le jeu, grossissement de l'objet sportif transformé en obsession professionnelle.

Adapter l'école à l'écolier, ou l'écolier à l'école; opter judicieusement, suivant les tempéraments (Carton, Allendy), entre des régimes inégaux; tempérer les longues vacances de nos étés démesurés par des disciplines personnelles. Profiter des ressources de certaines écoles de l'enseignement officiel ou libre pour faire alterner les travaux spéculatifs et pratiques.

Traitement symptomatique.

Le surmenage étant réalisé, supprimer si possible les occasions de tourment : confidences inopportunes, conseils entretenus par certaines lectures (journaux d'aventures), scrupules, idylles anachroniques (écoles mixtes), entreprises romanesques, lacunes dans les études, méthodes vicieuses. — L'onanisme, trop souvent incriminé (Cruchet, Bénech) est l'objet quelquefois inutile d'une exploration périlleuse (Berillon), qui doit n'être au moins qu'indirecte. Le tabac ne sera pas oublié. L'insomnie (Heuyer), cause ou complication des premiers prélèvements sur le « capital » nerveux, les excès du travail musculaire, notamment chez les hypohépatiques (Parturier), telle ou telle autre disposition du sujet permettent parfois de déceler un point faible, sorte d'adynamie locale aux effets généralisés : intestin (Boigey), cœur (hypotonie de Lian), yeux (Weir Mitchell. Penel : le « cas Wagner »).

Diététique saine, où prédomineront les hydrates de carbone, sauf contre-indications, et les fixateurs du calcium : ail, oignon; — fruits crus.

Opothérapie variable suivant la tension artérielle et les autres symptômes. L'associer à d'*autres médications* également contingentes, par exemple :

a) Hypohépatiques :

1°	Poudre de kola	0,20 centigr.
	Poudre de cannelle	0,10 centigr.
	Bioxyde de manganèse	0,005 milligr.

F. s. a. un cachet, n° 20 : deux cachets par jour.

2° Une dose par jour de *réalphène* (cuillerée à café), ou *fosfoxyl* (deux pilules), ou *alexine* (demi-cuillerée à café) ou autres préparations assimilables de phosphates organiques.

b) Hyposurrénaux :

Solution de chlorhydrate d'adrénaline au 1/1000e
X gouttes par jour dans un peu d'eau, en deux fois.

c) Hypoorchitiques :

1°	Granules de Dioscoride	Un par jour.	
2°	Teinture de noix vomique	5 gr.	Provision.
	Teinture d'anis	5 gr.	
	Teinture de quinquina.	10 gr.	

X gouttes matin et soir avant les repas dans un peu d'eau.

3°	Poudre d'extrait orchitique . . .	0,10 centigr.

En un cachet *pro die*.

Traitement hydrologique.

La cure des surmenés en milieu hydro-climatologique est tellement classique que le lecteur n'a que l'embarras du choix entre les stations arsenicales (La Bourboule), l'hydrothérapie radio-active (Néris), les eaux calciques ferrugineuses (Pougues, Saint-Alban, Luxeuil), etc. Eviter la mer. Altitudes moyennes; climat sylvestre.

R. Van der Elst.

RÉPERTOIRE DE MÉDECINE PRATIQUE

Un classeur des **Répertoires de Médecine pratique** *est en vente à nos bureaux au prix de : France et étranger,* **9** francs *(envoi franco).*

(N° 515)

Surmenage de l'adulte

Le surmensge de l'adulte n'existe aussi qu'en fonction des soucis dont il s'accompagne et des émotions qui s'ensuivent (Sollier et Courbon). Il y a cependant une différence entre le surmenage de l'sdulte et celui de l'enfant : l'émotion du premier est moins passionnelle, elle est liée à la force et surtout à la « tension » psychologique de son activité, c'est-à-dire à l'importance des résultats qu'il en attend, au calcul de leur rendement dans l'espace et dans le temps (Pierre Janet) : soucis également, mais soucis actifs, soucis dont on est l'auteur. Au reste, même les émotions qui sont le fait des autres ont, chez l'adulte, un caractère réfléchi : il leur oppose tout autre chose qu'une irritation muette et passive. Indépendamment de ces différences causales, il y a, dans les effets physiologiques du surmenage de l'adulte, des éléments non seulement humoraux ou subjectifs, mais objectifs : l'adulte surmené est un intoxiqué (céphalée, fièvre, diarrhée, etc.). Moins souvent exclusive que chez l'enfant, la psychiatrie des fonctions, l'endocrinothérapie notamment, fait place, en plus d'un cas, chez l'adulte, à la « psychiatrie colloïdale » (Laignel-Lavastine), ou à la cure de désintoxication spécifique ou généralisée.

Le surmensge de la femme peut reconnaître les mêmes causes que celui de l'homme, mais il est plus souvent affectif que « cérébral » et dans le plan familial il est plus souvent sexuel que génital, en ce sens que les émotions gravitent toujours plus autour de l'axe nuptial que maternel (idylle, ambition matrimoniale, épreuve conjugale, crise, dépit, injure réelle ou imaginaire d'un gendre, d'un beau-fils, etc.). Le « travail » gravidique, comme tout autre, épuise moins par lui-même que par le cortège des émotions qu'il suscite. Les désordres moraux et sentimentaux sont plus souvent l'objet de la légitime curiosité du psychiatre que la fécondité.

Psychothérapie. — Le surmené adulte ne saurait être, aussi facilement que l'enfant, « sevré » de la cause occasionnelle de ses émotions : cette cause est trop souvent son gagne-pain, son inéluctable milieu, un de ses engagements les plus impérieux, une de ses responsabilités professionnelles, civiques, sociales. Mais l'isolement peut faire oublier pour un temps cette cause; dans d'autres cas on peut agir sur l'entourage; une assez longue étude de la situation fera détendre ou trancher ce nœud gordien Il y aura lieu de prévoir un changement au moins partiel dsns les occupations, entreprises, etc., et préalablement une rééducation du caractère,

Hydrothérapie. — Bain chaud et prolongé (36° pendant quarante minutes) ou douche fraîche ou tempérée très courte (trente-cinq secondes). Cure d'altitude (1.500 m. sauf contre-indication).

Cinésithérapie. — Le repos prolongé fatigue parfois plus encore que l'exercice musculaire modéré (Moreau de Tours, rappelé par Janet, Lagrange, Boigey). Une étude approfondie du tempérament et des réactions de chaque malade peut seule autoriser le règlement du détail.

Physiothérapie. — Electricité statique (ou darsonvalisation chez les hypertendus). Bains de lumière artificielle à défaut d'héliothérapie. Commencer par de très courtes séances.

Cure de désintoxication. — Petit-lait, yohourt, bouillon de légumes. Lactéol en comprimés (5 à 8 par jour). Calomel au réveil (une fois par semaine, 4 à 8 centigr.). Alcalins et diurétiques. Médications antianaphylactiques : agocholine (une cuillerée à café psr jour pendant sept jours).

Rétablir l'équilibre vago-sympathique en maniant prudemment ou en alternant l'emploi de la teinture de belladone (VI à XII gouttes par jour) ou de ballote (Leclerc : LX gouttes), ou les grsnules de salicylate de génésérine (1/2 milligr. × 2 ou 3 doses au plus).

Sédatifs surtout végétaux : saule (2 cuillerées à café de grassyl), valériane (une cuillerée à café d'intrait Dausse), passiflore (Leclerc : XX gouttes d'alcoolature). Les bromures sont rarement favorables; le bore ou l'iode colloïdal sont plus généralement utiles au surmené maigre (deux cuillerées à café de Neurobore) ou gras (une cuillerée à café de granions d'iode Fouard).

Opothérapie. — Poudres d'extrait ovarien *ou* orchitique *et* d'extrait de foie; ââ 0,40 centigr. *pro die*, — ou produits pluriglandulaires (gynopolycrinol).

R. Van der Elst.

REVUE DES JOURNAUX

ANNALES DE MÉDECINE
(*Paris*)

E. Rist et V. T. Jonesco. ***Nouvelles recherches expérimentales sur les propriétés inhibitrices de certaines pleurésies tuberculeuses au cours du pneumothorax artificiel*** (*Annales de Médecine*, tome XXVI, n° 4, Novembre 1929). — Ce très important mémoire repose sur l'étude cytologique, bactériologique et biologique de 60 liquides de pneumothorax artificiel. R. et J. ont étudié notamment l'action inhibitrice de certains liquides de pneumothorax sur la culture des bacilles tuberculeux ayant subi l'action des exsudats du pneumothorax artificiel.

Il ressort de ces expériences que certains exsudats du pneumothorax exercent sur les bacilles tuberculeux virulents avec lesquels ils sont mis en contact une action telle que, lorsqu'ils sont inoculés au cobaye, ils déterminent chez l'animal une tuberculose beaucoup plus torpide, d'évolution beaucoup plus lente et à généralisation beaucoup plus tardive que les même bacilles conservés en contact pendant les mêmes délais avec du sérum physiologique. Tout se passe comme si la dose de bacilles infectants était devenue, après contact avec les exsudats, considérablement moindre qu'au moment de la confection du mélange.

En dehors des exsudats dits idiopathiques, ces épanchements relèvent de la pénétration du bacille tuberculeux dans la séreuse, et le plus souvent se comportent comme des pleurésies paucibacillaires, cultivant souvent par la méthode de Buc. Ils ont parfois une influence favorable sur l'état général du malade et sur l'évolution ultérieure de sa maladie (Pissavy). Ces épanchements peuvent se transformer, rappelant des liquides de réinfection expérimentale, parfois très riches en bacilles et cependant ne cultivant plus par la méthode de Buc; certains de ces liquides ont sur la culture du bacille une action inhibitrice, et les bacilles émulsionnés dans ces liquides inhibants et inoculés au cobaye, après des contacts à l'étuve variant de 2 à 36 jours, leur confèrent une tuberculose d'autant plus torpide et lente que le contact a été plus prolongé.

Il est vraisemblable que ces exsudats inhibants sont dus à une réinfection endogène de la plèvre par pénétration de nouveaux apports bacillifères venus des lésions pulmonaires. L'intensité de la réaction locale et générale dépend du degré de l'allergie et de l'importance de l'apport. On peut trouver dans ces exsudats des bacilles fragmentés, poussiéreux, altérés dans leur acido-résistance, comme on en voit dans les réinfections expérimentales, sans qu'il s'agisse de lyse brutale ni de destruction morphologique rapide. Mais, bien avant de se désagréger, ces abondants bacilles tuberculeux ne sont plus que des cadavres de bacilles. La désagrégation lytique finit par se produire dans les cas qui se terminent par guérison : dans un cas de Th. Veber, alors que les bacilles avaient fini par disparaître, on trouvait dans l'exsudat des formes filtrables.

Cette destruction de bacilles dans l'exsudat retentit sur l'organisme tout entier : il y a parallélisme entre la richesse du sang en anticorps et l'évolution des pleurésies du pneumothorax artificiel; la valeur antigénique des exsudats est proportionnelle à leur richesse en bacilles, et, dans les vieux épanchements, Salomon et Valtis, Th. Veber ont trouvé la même proportion d'anticorps que dans le sang. Il se fait donc des échanges entre les exsudats et les humeurs de l'organisme, et l'on peut se demander si de tels échanges ne rendent pas compte, dans une certaine mesure, de l'évolution si défavorable que subissent les lésions tuberculeuses dans le poumon collabé et parfois dans le poumon opposé, ainsi que de l'amélioration, parfois surprenante, de l'état général que l'on observe chez des malades dont l'exsudat pleural, malgré sa richesse en bacilles, possède les propriétés inhibitrices étudiées dans le présent mémoire.

L. Rivet.

Martin Kristensen (Danemark). ***La position bactériologique du « bacillus abortus » de Bang; son importance comme cause de maladie chez l'homme*** (*Annales de Médecine*, tome XXVI, n° 4, Novembre 1929). — Le bacille de Bruce (*melitensis*, 1887) et le *B. abortus* de Bang (bacille de l'avortement contagieux du bétail, 1896) furent longtemps connus sans qu'on s'aperçût de leur extrême ressemblance, fait qui ne fut reconnu qu'en 1918 par Alice Evans. Il semble que le groupe *Brucella* comprenne trois types principaux : 1° Le *B. melitensis* (chèvres); 2° le *B. abortus bovis*; 3° le type porcin du *B. abortus*, qui paraît se rapprocher surtout du *melitensis*. Dès lors, on pouvait se demander si le bacille de Bang ne pouvait pas, aussi bien que le bacille de Bruce, provoquer la fièvre ondulante chez l'homme.

Depuis 1927, tous les séro-diagnostics de Widal furent pratiqués à l'Institut sérothérapique danois, non seulement avec les bacilles typhiques et paratyphiques, mais avec le *B. abortus* Bang. Et c'est ainsi que, sur 4.600 malades examinés, on trouva dans 500 cas une agglutination du bacille de Bang variant entre 1 pour 100 et 1 pour 1.600; dans ces cas, la réaction de déviation du complément vis-à-vis du bacille de Bang fut presque toujours positive. Dans le même laps de temps, les sérums de 148 malades agglutinèrent le bacille typhique, ceux de 190 le bacille paratyphique. L'infection par le bacille de Bang est donc au moins aussi fréquente au Danemark que la fièvre typhoïde et paratyphoïde. Dans de nombreux cas, l'hémoculture donna à l'état de pureté du *B. abortus*, analogue à celui du bétail, mais, en pratique, on peut se contenter du séro-diagnostic, car l'hémoculture ne donne de résultats positifs que dans 60 à 65 pour 100 des cas, et ces résultats ne sont souvent obtenus qu'au bout d'une quinzaine de jours.

L'aspect clinique ordinaire de la fièvre ondulante d'origine bovine rappelle la melitococcie. La léthalité est de 2 à 3 pour 100. Sur 4 femmes gravides, toutes ont avorté, et, dans un cas, on put isoler le *B. abortus* dans un exsudat du placenta; le fœtus n'était d'ailleurs pas infecté. Par rapport à la fièvre de Malte, la durée est plus courte et l'état général meilleur.

La grande majorité des malades avaient absorbé du lait cru ou de la crème de vache ou s'étaient trouvés en contact avec des vaches atteintes d'avortement contagieux. Par contre, le danger de transmission d'homme à homme est extrêmement faible (un seul cas connu). La maladie s'observe surtout chez des hommes et à la campagne. Sur 57 cas, on note : 50 éleveurs, 5 autres cultivateurs, 2 sujets d'autres professions. Il ne s'agit évidemment pas d'une maladie nouvelle, mais d'une maladie nouvellement découverte, dont les cas étaient vraisemblablement souvent étiquetés antérieurement : tuberculose ou septicémie.

L'identification de ces faits est fort importante pour la prophylaxie et le traitement. Le pronostic est favorable.

L. Rivet.

J. Mage et Ludo Van Bogaert. ***La méningite cérébro-spinale à forme de poliomyélite aiguë*** (*Annales de Médecine*, tome XXVI, n° 4, Novembre 1929). — Les auteurs relatent un cas qui évolua en trois phases : 1° une phase d'invasion à type de poliomyélite, mais qui fit rapidement sa preuve étiologique ; 2° une phase d'atténuation des symptômes avec séro-résistance tenace ; le malade reçut par voie intrarachidienne plus de 500 cmc de sérum polyvalent ; à la fin, d'ailleurs, le méningocoque avait disparu, bien avant l'infection à staphylocoques ; 3° une phase terminale de méningite à staphylocoque doré. L'étude anatomo-pathologique permit de préciser les lésions de méningite, les lésions des vaisseaux intramédullaires, celles des cornes antérieures et celles des cordons blancs. En dehors de la méningite aiguë, avec extension sous-piale concentrique par voisinage, les lésions les plus importantes sont constituées par un processus de poliomyélite antérieure, qui ne présente cependant pas l'aspect de dégénérescence massive et aiguë comme dans la maladie de Heine-Medin.

La méningite cérébro-spinale à forme de poliomyélite est en réalité une infection primitive de la substance grise caractérisée cliniquement et anatomiquement par l'atteinte des cornes antérieures surtout, postérieures ensuite et à un degré moindre. Ce n'est qu'au cours de l'évolution de l'affection que la signature méningée devient manifeste. Mais, dans son évolution bulbo-protubérantielle, l'affection touche encore électivement les noyaux moteurs. Quand le tableau méningé se complète, l'hésitation n'est plus possible ; il n'en est pas de même au début. L'étude histopathologique justifie ces incertitudes par le caractère tout à fait atypique des lésions. Celles-ci ne se superposent aucunement aux lésions de la poliomyélite aiguë de Heine-Medin, mais se rapprochent des poliomyélites subaiguës dont l'étude est à peine entreprise.

L. Rivet.

REVUE DE MÉDECINE
(*Paris*)

J.-A. Barré, J. Stolz et Alfandary. ***Contribution à la symptomatologie des tumeurs du 4e ventricule*** (*Revue de Médecine*, tome XLVI, n° 9, Novembre 1929). — Les auteurs rapportent l'observation d'un étudiant de 18 ans ayant présenté des céphalées avec vomissements, des vertiges vrais, des bourdonnements de l'oreille droite, une latéropulsion vers la droite et une diminution de l'acuité visuelle avec diplopie.

La percussion du crâne est douloureuse dans la région occipitale. Les papilles optiques sont floues; il y a une paralysie du 6e nerf droit; les épreuves vestibulaires et cérébelleuses, la radiographie permettent de conclure à l'existence d'une épendymite séreuse avec hypertension de la fosse postérieure et d'une tumeur médiane.

Décédé à la suite d'une intervention, le malade présentait une tumeur, de la grosseur d'une noisette, située entre le tubercule mamillaire et le chiasma optique et bouchant l'infundibulum farci de traînées hémorragiques. Le 4e ventricule était complètement rempli par une tumeur rose, d'aspect lardacé, irrégulièrement œdémateuse; elle sortait par les trous de Luschka vers les angles ponto-cérébelleux des deux côtés ainsi que par le trou de Magendie. Il n'y avait aucune relation macroscopique entre la tumeur du 3e ventricule et celle du 4e. Elles étaient cependant de même structure histologique. Il s'agit d'un épendymome jeune, très cellulaire, qui rappelle certains « gliomes épendymaires » des anciens auteurs.

La tumeur a eu une expression clinique presque exclusivement vestibulaire. Il y a une discordance entre les signes de cette volumineuse tumeur du 4e ventricule et le type clinique qui tend à devenir classique sous l'influence des travaux récents. Il faut admettre qu'auprès du syndrome cérébelleux de la ligne médiane les tumeurs du 4e ventricule peuvent produire un syndrome vestibulaire presque pur ou prédominant avec une symptomatologie cérébelleuse très réduite. Le volume, la forme, la consistance de la tumeur, la profondeur variable de l'infiltration sont autant de facteurs qui ont chance d'imprimer à la symptomatologie une physionomie spéciale. Chaque tumeur a un aspect clinique qui traduit sa nature autant que son siège.

Robert Clément.

J.-A. Barré et O. Metzger. ***Contribution à la séméiologie des affections cérébelleuses [le signe de la dysharmonie vestibulaire]*** (*Revue de Médecine*, tome XLVI, n° 9, Novembre 1929). — Le signe


Prévention
et traitement
de la
COQUELUCHE

de la dysharmonie vestibulaire est un moyen de dépister une altération cérébelleuse qui peut ne se manifester que par des épreuves type Babinski ou type André Thomas tout à fait légères ou incertaines et qui doit appeler à lui seul l'attention sur l'appareil cérébelleux, même quand rien d'autre ne la dirige dans ce sens.

B. et M. rapportent l'observation d'un homme de 44 ans qui présentait des signes d'hypertension intracranienne sans stase papillaire ni augmentation de la tension rachidienne et chez lequel la symptomatologie était surtout vestibulaire et très légèrement cérébelleuse. La recherche de la dysharmonie vestibulaire se montra précieuse : les troubles vestibulaires étaient très accusés et l'association de nystagmus vers la droite, de déviation des bras vers la gauche avec déviation de la tête et du tronc vers la droite réalisaient un type très net de dysharmonie vestibulaire. Les signes cérébelleux étaient peu accusés, mais la seule constatation du signe de la dysharmonie vestibulaire a permis d'affirmer qu'il existait une lésion de l'appareil cérébelleux. La valeur pratique de ce signe fut confirmée cliniquement, puis anatomiquement.

L'explication physio-pathologique de la dysharmonie vestibulaire reste à trouver, mais ce signe peut dominer de beaucoup, par sa netteté, les troubles cérébelleux ordinaires et permettre de donner une valeur plus certaine et plus complète à telle ou telle des épreuves classiques dont l'interprétation n'est pas toujours aisée. ROBERT CLÉMENT.

J.-A. Barré et Lieou. ***Traumatisme et sclérose en plaques*** (*Revue de Médecine*, tome XLVI, n° 9. Novembre 1929). — Dans les 3 cas de sclérose en plaques rapportés, les premiers signes, autant qu'on en peut croire les malades, n'auraient fait leur apparition qu'après un traumatisme. La bonne foi des malades n'est pas à suspecter et leur histoire est superposable à d'autres observations publiées ultérieurement. Certains auteurs admettent que le traumatisme peut troubler l'équilibre structurel du névraxe congénitalement prédisposé au développement de la sclérose en plaques et agir comme cause efficiente. D'autres dénient au traumatisme tout rôle causal : il ne ferait que révéler une sclérose en plaques latente et l'aggraver quand elle existe.

B. et L., tout en donnant au traumatisme un rôle de second plan, dans la genèse probablement de nature infectieuse de la maladie, celui de circonstance occasionnelle déclenchante, estiment qu' « il paraît légitime de se conduire en pratique comme si l'accident était le grand coupable; il n'est pas certain, en effet, que la maladie aurait évolué sans son concours ». ROBERT CLÉMENT.

ARCHIVES DES MALADIES DU CŒUR DES VAISSEAUX ET DU SANG

(Paris)

Ch. Aubertin et J. Lereboullet. ***Les suites éloignées de l'infarctus du myocarde : insuffisance ventriculaire gauche par plaques fibreuses et anévrismes du cœur*** (*Archives des maladies du Cœur, des Vaisseaux et du Sang*, tome XXII, n° 11, Novembre 1929). — L'étude clinique de l'infarctus du myocarde est très en retard sur l'étude anatomique, et le plus souvent ces lésions sont des trouvailles d'autopsie.

Ayant eu l'occasion d'observer un malade chez lequel une très large plaque fibreuse du ventricule gauche s'était traduite par un syndrome typique d'insuffisance ventriculaire gauche avec insuffisance mitrale fonctionnelle, facilement explicable en l'espèce par la perte de contractilité d'une grande partie du ventricule, A. et L. ont recherché dans les observations publiées celles qui présentaient une histoire clinique plus ou moins suivie, et ils ont constaté que bien souvent un syndrome plus ou moins typique d'insuffisance ventriculaire gauche se trouvait réalisé par une plaque fibreuse.

Dans la symptomatologie des plaques fibreuses du myocarde, on peut décrire trois formes cliniques principales :

1° Une *forme latente* avec mort subite ou mort par une affection intercurrente, la plaque fibreuse n'étant qu'une trouvaille d'autopsie;

2° Une *forme angineuse* simple, dans laquelle le malade présente des crises d'angor à répétition et succombe au cours de l'une d'elles, avant que l'asystolie ait eu le temps de se manifester;

3° Une *forme asystolique*, insuffisamment décrite jusqu'ici, la plupart des cas ayant été confondus avec des cas de myocardite chronique, forme qui évolue schématiquement en quatre périodes : phase de formation de l'infarctus avec son syndrome angineux connu; période de latence plus ou moins longue; phase d'insuffisance ventriculaire gauche, habituellement avec bruit de galop; phase de grande insuffisance mitrale fonctionnelle enfin, avec asystolie totale, avec dilatation des cavités droites. Ces 4 phases cliniques semblent correspondre aux phases de l'évolution anatomique de l'infarctus du myocarde quand il n'aboutit pas à la rupture du cœur.

Pour l'*anévrisme du cœur* il est difficile de réaliser une synthèse clinique analogue, étant donné le polymorphisme des symptômes observés. Les signes radiologiques sont plus importants que les signes cliniques, et seuls ils ont permis dans quelques cas un diagnostic pendant la vie.

La notion d'un état angineux aigu rappelant l'infarctus du myocarde, suivi à une date plus ou moins éloignée d'une asystolie sans cause évoluant comme on l'a vu plus haut, sont les éléments les plus importants du diagnostic de ces affections. L. RIVET.

G. Galata (Rome). ***Sur un cas d'hypertension grave de la ménopause traité par la surrénalectomie unilatérale; premiers résultats*** (*Archives des maladies du Cœur, des Vaisseaux et du Sang*, tome XXII, n° 11, Novembre 1929). — On peut individualiser deux syndromes fondamentaux de la ménopause :

1° *Ménopause vagotonique*, avec canitie précoce, manifestations anaphylactiques, hypotonie neuromusculaire et vasculaire, tendance à la faiblesse du cœur;

2° *Syndrome sympathicotonique*, avec aspect pléthorique, tendance au virilisme, tendance à l'hyperthyroïdisme et à l'hypertension artérielle. Cette hypertension s'accompagne souvent d'extrasystoles, d'épistaxis, de métrorragies et de troubles hypertensifs variés, céphalée, vertiges, etc. Elle conduit souvent à l'hémorragie cérébrale.

L'explication la plus plausible est l'hypothèse de l'hyperfonction surrénale totale : chez les sujets prédisposés, l'hypo-ovarisme physiologique ou d'ordre chirurgical est suivi très facilement d'une hypertension surrénale ou thyroïde isolée, ou d'un syndrome associé. A l'appui de cette conception plaide la récente observation de Vaquez, Donzelot et Géraudel sur un cas de surrénalome hypertensif.

Dans les cas de ce genre, les moyens hygiéniques et physiothérapeutiques sont inefficaces, en dehors de la saignée abondante et périodique.

Aussi, dans un cas typique, après échec des diverses thérapeutiques, G. a-t-il fait pratiquer le 18 Avril 1929, par le professeur Antonucci, la résection de la surrénale gauche par la voie lombaire. L'opération fut très simple. La glande pesait 7 gr. 4, poids un peu supérieur à la normale. La tension artérielle, qui était de 30-15 avant l'opération, tomba quelques heures après à 24-12, puis s'abaissa les jours suivants pour se fixer entre 21 et 20 (au Pachon), chiffres qui se maintenaient au cours d'un examen pratiqué six mois plus tard. On constata également après l'opération une augmentation légère de la glycémie, avec diminution nette du taux de la cholestérine (1 gr. 28 au lieu de 1 gr. 60).

Sans doute, on peut craindre que l'hyperfonction vicariante de la surrénale restée en place constitue dans l'avenir une menace d'insuccès. Mais la stabilité des résultats habituellement observée chez les basedowiens à la suite de la thyroïdectomie partielle permet d'espérer la stabilité des résultats obtenus à la suite de cette surrénalectomie unilatérale. En tout cas chez cette femme, six mois après l'opération, les heureux résultats se maintenaient, tant en ce qui concerne la tension artérielle que les malaises que ressentait antérieurement la malade, et il est permis de penser qu'on a écarté pour elle, au moins pour un temps assez long, le danger d'une hémorragie cérébrale. L. RIVET.

LE SANG

(Paris)

V. Mikulowski. ***Contribution à l'étude du mécanisme des hémorragies intestinales dans la fièvre typhoïde*** (*Le Sang*, tome III, n° 6, 1929). — M. rapporte quelques observations cliniques d'enfants atteints de fièvre typhoïde avec hémorragies.

Alors qu'il n'existait pas de diathèse hémorragipare constitutionnelle, il a trouvé chez eux des modifications hématologiques, syndrome hémorragique thrombopénique, au cours de la première semaine. Il conclut qu'il peut exister au cours des fièvres typhoïdes des hémorragies intestinales sans rapport avec les ulcérations et la chute d'une escarre, et sans rapport aussi avec une fragilisation sanguine antérieure. Ces hémorragies sont dues à des modifications sanguines passagères pathologiques. Elles dépendraient d'un trouble fonctionnel hépatique, qui serait, par ailleurs, révélé par l'hépatomégalie typhique, la diazo-réaction, ainsi que d'autres stigmates d'ordre chimique.

M. fait remarquer aussi qu'il faut, peut-être, faire intervenir un génie épidémique, avec virulence spéciale du germe à l'égard du sang.

La conclusion pratique est qu'il faut étudier dès le début de la fièvre typhoïde le syndrome hémorragique et les modifications sanguines. On pourra ainsi traiter préventivement les hémorragies par une thérapeutique agissant sur la coagulation du sang. A. ESCALIER.

ANNALES des MALADIES VÉNÉRIENNES

(Paris)

Hellerström. ***La lymphogranulomatose inguinale (maladie de Durand, Nicolas et Favre)*** (*Annales des maladies vénériennes*, tome XXIV, n° 12, Décembre 1929). — H. a examiné, en 1927-1928, 47 cas de maladie de Nicolas; dans 25 cas, il a noté des érosions superficielles génitales, des papules ou une urétrite. La période d'incubation dure 3 semaines environ. L'adénite a évolué en général suivant la description classique, mais, dans 2 cas, il y eut fonte purulente totale des ganglions enflammés ; l'adénopathie iliaque n'existait que dans 36 pour 100 des cas.

Comme signes généraux, H. nota de la fièvre, de l'amaigrissement; dans 4 cas apparut un érythème noueux 1 mois 1/2 à 2 mois après l'apparition des premiers symptômes. Il n'existait aucun signe de tuberculose chez ces malades et la réaction de Mantoux faite chez l'un d'eux se montra négative.

Les lésions anatomiques étaient identiques à celles que Nicolas et Favre ont décrites. Les examens bactériologiques et les essais d'inoculation sur des animaux ont été négatifs.

La réaction intradermique de Frei, faite avec le pus obtenu par ponction des ganglions, a donné un résultat positif dans tous les cas, 3 semaines à 2 mois après la constatation des adénites (60 p. 100), mais cette réaction peut persister plusieurs années (24 ans) après l'apparition des adénites.

Chez les sujets de contrôle, dans les chancres mous avec bubons, la réaction intradermique pour la lymphogranulomatose s'est toujours montrée négative. La réaction d'Ito-Reenstierna pour le chancre mou a toujours été négative dans les cas de maladie de Nicolas.

Le bubon climatique paraît identique à la maladie de Nicolas-Favre. R. BURNIER.

JOURNAL D'UROLOGIE
(Paris)

V. Richer (Lyon). ***Traitement de certaines rétentions d'urine par la section des nerfs hypogastriques*** (*Journal d'Urologie*, tome XXVIII, nº 1, Juillet 1929). — Il est des rétentions d'urine qu'on rencontre peut-être plus souvent chez la femme, qui ne s'expliquent par aucune lésion locale et qui reconnaissent vraisemblablement pour cause un trouble de l'innervation de la musculature vésicale pouvant avoir son origine soit dans la moelle, soit au niveau des plexus hypogastriques ou de leurs branches afférentes ou efférentes. Ce qui confirme cette hypothèse c'est, d'une part, l'action de la pilocarpine qui, en injection hypodermique, provoque, dans ces cas, de fortes contractions vésicales évacuatrices et, d'autre part, que le même trouble (rétention, atonie, dilatation) s'observe parfois en même temps sur le côlon, en sorte qu'on peut parler d'un véritable « syndrome du sympathique abdominal ».

Dans un cas de ce genre, observé chez une femme d'une cinquantaine d'années qui avait été prise subitement d'une rétention d'urine locale et qu'on devait sonder régulièrement depuis un mois, R. se décida à intervenir sur l'innervation vésicale en pratiquant la section bilatérale des deux nerfs hypogastriques — branches de bifurcation du nerf présacré — immédiatement avant leur entrée dans les plexus hypogastriques.

Le résultat immédiat fut satisfaisant en ce sens que la malade retrouva d'emblée plusieurs mictions par jour; mais l'évacuation par la vessie n'était pas complète, le résidu variant encore entre 160 et 210 cmc. Le résultat éloigné fut bien meilleur : 3 mois après l'intervention, on ne trouvait plus qu'un résidu de 60 cmc environ. J. Dumont.

ANNALES DE DERMATOLOGIE
(Paris)

Spillmann, Drouet et Verain. ***L'équilibre acido-basique en dermatologie*** (*Annales de Dermatologie*, tome X, nº 12, Décembre 1929). — Les auteurs ont appliqué à l étude de certaines dermatoses les méthodes de détermination de l'équilibre acido-basique du sang, afin d'en rechercher les variations et, si possible, les corriger. Ils ont examiné 50 malades atteints de dermatoses variées : eczémas, urticaire, prurigo, érythrodermie, lichen plan, psoriasis. Tous les cas présentaient un trouble de leur équilibre acido-basique : il y a tantôt acidose simple, tantôt alcalose et le déséquilibre est rarement accentué. Il est à noter que l'acidose et l'alcalose peuvent se rencontrer indifféremment dans chacune des dermatoses étudiées ; il n'y a donc pas de constante humorale pour chaque cas.

Des conséquences pratiques au point de vue thérapeutique découlent de ces recherches intéressantes : c'est ainsi que, chez un malade eczémateux, les lésions s'accentuèrent sous l'influence d'un traitement alcalin (eau alcaline, régime sévère, hyposulfite de soude *per os*) ; or le malade présentait un déséquilibre en alcalose et seule la médication acide (phosoforme) fit disparaître les lésions en 4 jours. Chez un autre malade atteint de prurigo, le bromure de sodium (acidifiant) échoua totalement; le malade étant en acidose, le bicarbonate (alcalinisant) le guérit rapidement. R. Burnier.

ARCHIVES INTERNATIONALES de LARYNGOLOGIE, OTOLOGIE, RHINOLOGIE et BRONCHO-ŒSOPHAGOSCOPIE
(Paris)

M. Lapouge (Nice). ***Note sur un cas d'éternuements incoercibles ayant persisté dix jours et dix nuits et n'ayant cédé qu'à une anesthésie du ganglion sphéno-palatin et à la résection haute du septum*** (*Archives internationales de Laryngologie, Otologie, Rhinologie et Broncho-œsophagoscopie*, tome VIII, nº 8, Septembre-Octobre 1929). — L'observation rapportée ici semble unique dans la littérature médicale; elle apporte un élément de plus au problème du sympathique encore confus aujourd'hui.

Il s'agit d'une malade opérée récemment de mastoïdectomie et qui présenta brusquement des crises sternutatoires paroxystiques. Celles-ci sont extrêmement fréquentes, puisqu'elles se répètent à raison de plusieurs milliers par jour, et s'accompagnent de larmoiement intense et d'hydrorrhée nasale. Toutes les thérapeutiques employées restent sans résultat, qu'il s'agisse de traitement local ou général (cocaïne, atropine, auto-sang, diète hydrique). le même état persiste, entraînant, en quelques jours, un épuisement marqué de l'organisme.

Son étiologie est difficile à déterminer : on discute la possibilité d'une névraxite épidémique fruste, mais l'examen neurologique reste absolument négatif. On pense qu'il peut s'agir d'un état purement psychonévropathique, mais l'existence de certains signes d'organicité (larmoiement, réaction pupillaire, rougeur de la face) doit faire rejeter cette hypothèse. On est alors amené, en raison des symptômes locaux présentés par la malade à la partie supérieure des fosses nasales (sensation de chatouillement), à envisager un point de départ périphérique et un état d'irritabilité sensitive et sympathique de la muqueuse pituitaire; l'excitation, à l'aide du porte-coton, de la queue du cornet moyen, déclenche, en effet, des troubles qui justifient cette hypothèse (larmoiement, mydriase, rougeur des paupières et de la pommette, hydrorrhée nasale, toux pharyngo-laryngée).

On est alors conduit à faire la double intervention suivante :

1º Anesthésie du ganglion sphéno-palatin gauche par la voie palatine ; injection de 2 cmc de scurocaïne à 2 pour 100 ;

2º Résection sous-périchondro-périostée haute du septum.

Les crises sternutatoires cessent immédiatement et définitivement.

Cette excitation particulièrement intense du sympathique nasal s'était donc déclenchée sous l'influence d'une *infection* réalisée ici par une otite et une mastoïdite, sur un terrain en *déséquilibre neuro-végétatif* à type sympathicotonique, et chez une malade présentant une *épine irritative nasale* réalisée par un flirt turbino-septal. Leroux-Robert.

ARCHIVES DE L'INSTITUT PASTEUR DE TUNIS

S. Ramsine. ***Sur l'existence de la forme inapparente du typhus exanthématique chez l'homme*** (*Archives de l'Institut Pasteur de Tunis*, t. XVIII, nºs 3 et 4, Novembre 1929). — Le typhus exanthématique inapparent existe bien réellement chez l'homme. Il se développe et évolue sans aucun symptôme, subjectif ou objectif. La température reste normale. Au moment où la maladie est en pleine évolution, l'inoculation du sang aux cobayes selon la méthode de Ch Nicolle provoque chez ceux-ci le typhus exanthématique expérimental, et la réaction de Weil-Félix est positive. Cette réaction chez les sujets afébriles peut déceler le typhus inapparent, mais seule l'inoculation positive du sang au cobaye donne la certitude.

R. a pu mettre ces faits en évidence en étudiant un petit foyer endémique de typhus aux environs de Belgrade. Ce foyer atteignit une petite agglomération isolée de 97 ouvriers. Dès le 1er cas constaté, on établit une quarantaine sévère et on pratiqua une dépédiculisation soignée. La réaction de Weil-Félix fut positive sur 13 sujets, dont aucun ne présenta de fièvre. L'inoculation du sang d'un de ces sujets, afébrile, fut positive et le virus a fait sur cobayes 4 passages : son organisme contenait donc le virus à l'état infectant. 11 cas de typhus se manifestèrent dans l'agglomération envisagée.

La connaissance des formes inapparentes du typhus éclaire certains points obscurs de l'épidémiologie. L. Rivet.

Ch. Nicolle. ***A propos du mémoire de S. Ramsine sur l'existence du typhus inapparent chez l'homme*** (*Archives de l'Institut Pasteur de Tunis*, tome XVIII, nºs 3 et 4, Novembre 1929). — N. et Ch. Lebailly, ayant reconnu l'existence du typhus inapparent chez le cobaye, avaient pressenti que cette forme devait se rencontrer chez l'homme et émis l'opinion qu'elle jouait un rôle important, peut-être capital, pour la conservation du virus dans la nature et pour expliquer les réapparitions saisonnières de la maladie dans les mêmes foyers.

Après avoir fait une étude critique très serrée du travail de S. Ramsine, N. estime que celui-ci a établi de façon indiscutable l'existence des formes inapparentes du typhus chez l'homme. Ces formes ne peuvent être décelées que par des méthodes de laboratoire, souvent inapplicables dans un foyer éloigné et souvent lentes à nous éclairer. Aussi convient-il de considérer la totalité des individus rencontrés dans un foyer actif comme dangereux et de leur appliquer les mêmes mesures prophylactiques qu'aux malades apparents. Cette extension de la prophylaxie sera vraisemblablement l'arme la plus efficace dans la lutte pour l'extinction des foyers invétérés de typhus qui constituent une menace permanente pour l'humanité. Car la suppression du pou, qui y conduirait à coup sûr, supposerait un état de civilisation étendu à toute l'humanité, ce qui demandera de bien longues années, sinon de longs siècles. L. Rivet.

LA RIFORMA MEDICA
(Naples)

A. Ceresoli. ***Mutation d'un streptocoque anhémolytique (et non viridans) en streptocoque hémolytique au cours d'une endocardite maligne à marche lente*** (*La Riforma medica*, tome XLV, nº 32, 10 Août 1929). — Observation d'un malade de 24 ans présentant depuis l'enfance une lésion valvulaire cardiaque sans rhumatisme connu. Evolution de l'endocardite maligne depuis 4 mois. A 4 reprises l'hémoculture fournit un streptocoque anhémolytique et aviridans, non virulent pour le lapin, d'une vitalité faible et mourant rapidement dans les cultures. Par ailleurs, aucun autre caractère ne distinguait ce germe des autres streptocoques.

En cours d'évolution, l'état du malade s'étant aggravé, l'hémoculture permit d'obtenir un streptocoque légèrement hémolytique, distinct du précédent par une petite modification des fermentations sucrées, par une vitalité plus forte et une virulence nette pour le lapin. C. admet qu'il s'agit d'une mutation du premier streptocoque : pouvoir hémolytique et virulence se sont développés de pair. La variété *viridans* n'existerait pas en tant que type défini; elle représenterait simplement une dégradation du streptocoque hémolytique, un fait de passage entre les stades hémolytique et anhémolytique. F. Coste.

Egisto Capecchi. ***Méningite aseptique traumatique*** (*La Riforma medica*, tome XLV, nº 32, 10 Août 1929). — C. rapporte un cas de méningite purulente, reconnue bactériologiquement aseptique, qui s'était développée 1 mois après une fracture de la base du crâne et qui récidiva 30 jours après la guérison clinique de la 1re atteinte. Il l'attribue à l'existence, au niveau du foyer traumatique, d'une infection locale discrète capable de provoquer une réaction de voisinage aseptique des méninges Le pronostic de ces sortes de méningites ne peut être basé simplement sur l'absence de germes dans le liquide et sur l'intégrité des polynucléaires dans celui-ci, mais sur l'ensemble des données cliniques confrontées avec les examens du laboratoire. F. Coste.

Pennetti. ***Recherches sur l'action de l'ergotamine dans la maladie de Basedow*** (*La Riforma medica*, tome XLV, nº 37, 14 Septembre 1929). — L'action inhibitrice de l'ergotamine sur le sympathique a conduit à utiliser cette substance dans le traitement de divers états morbides, particulière-

ment de la maladie de Basedow. Selon l'expérience de P., elle influe sur cette dernière maladie dans le sens d'une atténuation : abaissement de la glycémie lorsque celle-ci était anormalement élevée; modération de la tachycardie, procurant au malade une sensation de bien-être; augmentation du poids. Les symptômes oculaires et le goitre sont moins influencés.

En d'autres termes, ce sont spécialement les symptômes d'hyperfonctionnement sympathique qui tirent avantage de la médication, conformément à l'effet physiologique de cette dernière. P. part de ces notions pour discuter le rôle initial du sympathique, de la thyroïde ou d'autres glandes dans le déterminisme de la maladie de Basedow.

F. Coste.

Turano. *La röntgenthérapie du mal perforant plantaire* (*La Riforma medica*, tome XLV, n° 37, 14 Septembre 1929). — L'action trophique des ganglions spinaux a été démontrée expérimentalement par Arloing et Tripier en 1869. Partant de cette notion, Bardier a appliqué l'irradiation de ces ganglions au traitement de diverses lésions neurotrophiques des membres et, à sa suite, de nombreux auteurs ont publié le résultat d'essais thérapeutiques dans les troubles cutanés, nerveux, circulatoires les plus divers.

Le traitement du mal perforant plantaire n'avait pas été abordé jusqu'ici. T. rapporte plusieurs observations où la cicatrisation fut obtenue grâce à l'irradiation vertébrale bilatérale de la 6e dorsale à la 3e lombaire. En général, le sujet est amélioré au cours des 3 premières séries (de 20 jours consécutifs chacune). Si, passé ce délai, la lésion n'a pas été influencée, il est inutile de continuer le traitement. Mais, dans l'ensemble, ce dernier paraît à T. incomparablement supérieur à toutes les autres tentatives faites contre le mal perforant plantaire. Il discute à ce propos l'action excitante des rayons X sur les fibres trophiques et vasomotrices du sympathique.

F. Coste.

Dalla Palma. — *Contribution à la connaissance des tumeurs craniopharyngiennes* (*La Riforma medica*, tome XLV, n° 40, 5 Octobre 1929). — L'évolution de ces tumeurs est particulièrement intéressante, car leur situation à la base du crâne permet d'en suivre par étapes le développement. Negro, en 1888 (en réalité, précédé par Bertolotti), en a fixé les traits cliniques et anatomo-pathologiques. Son travail ne fut suivi d'aucun autre jusqu'à ceux de Jacod (1914 et 1921). En France, ces tumeurs ont été assez largement étudiées. En Italie, Bertolotti, en particulier, a, sur la base d'une large statistique, établi que ces néoplasmes sont, à l'aide d'une technique convenable, toujours décelables par les rayons X, plus précocement que par la clinique; il a reconstitué leurs voies de propagation, et il les a distingués en tumeurs épipharyngées et latéropharyngées. Leur extension vers la cavité cranienne provient rarement d'une métastase. Plus souvent, elle a lieu de proche en proche par contiguïté, et elle peut comprendre 3 voies : *tubaire* (presque exclusivement réservée aux néoplasmes latéropharyngés); *sinusale* (sinus ethmoïdal, sphénoïdal). pour les néoplasmes épipharyngés; *mixte*.

Dans l'envahissement par voie tubaire, la lésion de la trompe se traduit par des bourdonnements et de l'hypoacousie, l'invasion cranienne entraîne une névralgie du trijumeau, suivie bientôt par une ophtalmoplégie externe, partielle, puis totale. Dans les deux autres modes d'envahissement cranien, le décours des symptômes est moins réglé, et le polymorphisme clinique plus grand, bien que, là aussi, la compression des nerfs de la base, à prédominance unilatérale, soit au premier plan. Devenues endocraniennes, ces tumeurs s'étalent en nappe uniforme, en « coulée de lave », englobant, pénétrant et comprimant les nerfs, artères, sinus veineux qu'elles trouvent sur leur chemin; elles demeurent unilatérales ou du moins à prédominance fortement unilatérale. La céphalée, la stase papillaire, l'hypertension céphalorachidienne font défaut. Dans 50 pour 100 des cas, d'ailleurs, les tumeurs craniopharyngées ne déterminent, au début, aucun symptôme local. Dans de telles circonstances, quand l'attention n'est pas attirée vers le rhinopharynx, le diagnostic peut errer.

D. P. rapporte une observation où le diagnostic était demeuré incertain jusqu'à l'examen otorhinolaryngologique, qui permit de reconnaître de petites nodosités pharyngées. Il s'agissait d'un sarcome développé sans doute aux dépens du tissu conjonctif sous-muqueux de la région épipharyngienne.

F. Coste.

Rallo. *Influence des soustractions sanguines sur le processus de guérison des fractures* (*La Riforma medica*, tome XLV, n° 40, 5 Octobre 1929). — Partant de l'observation maintes fois confirmée que l'hyperémie locale (produite, par exemple, par la sympathectomie) favorise et accélère la réparation des fractures, R. s'est demandé quel serait l'effet d'une variation totale de la masse sanguine. Ayant fracturé le radius d'un certain nombre de lapins, il soumet une partie d'entre eux à des soustractions sanguines répétées (en moyenne 20 cmc tous les 2 ou 3 jours pendant 1 mois). Les autres animaux servent de témoins.

On constate une accélération remarquable dans la formation du cal (vérifiée histologiquement) chez les animaux du premier lot : le cal est entièrement constitué au 30e jour alors qu'il commence à peine à se former chez les témoins.

R. ne formule pas d'hypothèses précises sur la raison de ce phénomène; il suppose qu'on doit l'attribuer à l'excitation prolifératrice du tissu hémopoïétique, marchant de pair avec une exaltation de son aptitude à fixer le calcium.

F. Coste.

Greppi. *Le phénomène de la « grande auto-agglutination » des globules rouges dans le syndrome de l'ictère chronique par hépatite hypertrophique avec splénomégalie* (*La Riforma medica*, tome XLV, n° 41, 12 Octobre 1929). — Dans une note récente, Aubertin, Foulon et Bretey (suivis par Rist) ont attiré l'attention sur le phénomène de « grande auto-agglutination » des globules rouges, qui, se produisant dans la pipette graduée, peut empêcher leur numération. Ces auteurs y voient l'accentuation du phénomène bien connu de l'autoagglutination observé surtout dans l'ictère hémolytique acquis et dans la trypanosomiase.

De 3 observations personnelles G. conclut que ce phénomène survient surtout au cours de l'ictère chronique symptomatique de l'hépatite hypertrophique infectieuse (cet ictère, d'apparition précoce, est mixte, d'origine à la fois biliaire et hémolytique).

La propriété auto-agglutinante du sérum tiendrait à l'existence d'un anticorps aspécifique, actif seulement à une température inférieure à celle du corps : en opérant la prise de sang et les manipulations à 37° l'auto-agglutination disparaît, et avec elle tout obstacle à la numération globulaire.

F. Coste.

U. Reitani. *Sur l'action aggravante probable du B. perfringens sur la fièvre typhoïde; contribution à l'étude de la synergie microbienne et toxique entre le B. perfringens et les germes du groupe coli-typhique* (*La Riforma medica*, t. XLV, n° 41, 12 Octobre 1929). — Observation d'un soldat reçu à l'hôpital dans un état infectieux grave. L'hémoculture fournit du bacille d'Eberth. Selon le procédé de Weinberg, qui conseille la recherche systématique des anaérobies dans le sang des typhiques une hémoculture (en gélose-foie, glucosée à 0,2 p 100 et coulée en plaques) donne quelques colonies d'un bacille que les recherches ultérieures montrèrent être un perfringens. L'examen microscopique des selles montrait en énorme abondance un gros bacille prenant le Gram et morphologiquement identique au germe de l'hémoculture. L'examen du sang montrait une notable chute globulaire (3.600.000) avec leucopénie et valeur globulaire abaissée. Outre les symptômes typhoïdes on notait divers indices de gravité : délire, incontinences sphinctériennes, respiration très fréquente, pouls à 140, défaillance cardiaque. Mort en 4 jours : pas d'autopsie.

Si la gravité évolutive et l'importance de l'imprégnation toxique peuvent être attribuées à l'infection associée par le perfringens, l'absence d'ictère généralisé et le pouvoir agglutinant très faible du sérum du malade vis-à-vis de ce germe (une seule hémoculture a pu être pratiquée) font émettre à R. l'hypothèse qu'il a pu s'agir d'une bactériémie simple et transitoire compliquant la dothiénenterie. Le germe isolé était doué d'ailleurs d'un pouvoir pathogène élevé : il déterminait la gangrène gazeuse chez le cobaye; son filtrat de culture en bouillon glucosé, injecté dans les veines de l'animal à la dose de 1 cmc, provoquait la mort.

R. rappelle à ce sujet l'opinion de Weinberg et les observations de divers auteurs qui concluent à la banalité des infections sanguines par le perfringens, infections primitives ou secondaires, traduites soit par une bactériémie transitoire, soit par un syndrome toxique de haute gravité.

Dans le cas de la typhoïde, l'association perfringens + bacille d'Eberth représente une véritable synergie microbienne avec exaltation mutuelle de la virulence et de la toxicité des deux germes (Weinberg, etc.). R. a vérifié de nouveau cette exaltation réciproque de leurs propriétés.

F. Coste.

L. Tommasi. *Sur la syphilis « exotique » : hypothèses pathogéniques* (*La Riforma medica*, t. XLV, n° 41, 12 Octobre 1929). — Rejetant, à l'aide des arguments habituels, la thèse de la dualité des virus syphilitiques, T. retient comme facteurs principaux pouvant expliquer les caractères de la syphilis « exotique » :

1° L'allure plus aiguë de l'infection (parce que mal combattue à travers les siècles : absence ou rareté de traitements spécifiques, absence de prophylaxie et d'hygiène générale, dénutrition, abondance des localisations cutanées);

2° Inoculations cutanées multiples à la faveur des dermatoses de toute nature (parasites, irradiations solaires, éruptions sudorales);

3° Absence chez l'individu contaminé de cure abortive ou précoce;

4° Protection du système nerveux central à la faveur de l'exubérance des lésions cutanées;

5° Acquisition, sous l'effet des facteurs précédents, d'un tropisme dermique relatif par le virus.

On conçoit que la civilisation progressive des contrées exotiques, en altérant ou en supprimant certains de ces facteurs, tende à donner à la syphilis une évolution analogue à celle qu'elle a acquise sous nos climats.

F. Coste.

ARCHIVIO DI PATOLOGIA E CLINICA MEDICA

(Bologne)

D'Antona et Crosetti. *Recherches sur le métabolisme de l'eau et des sels dans le diabète insipide* (*Archivio di Patologia e Clinica medica*, t. IX, 10 Octobre 1929). — Étude de 3 cas de diabète insipide dont les caractéristiques étaient les suivantes : l'un d'eux reconnaissait une origine post-encéphalitique, le second relevait probablement de lésions artérioscléreuses, le troisième ne pouvait être attribué à aucune cause nette.

Dans aucun d'eux n'existait de modifications radiologiques de la selle turcique, ni de son contenu; tous comportaient, en revanche, des troubles nerveux rattachables à des lésions des formations de la base, ce qui rendait probable l'origine cérébrale et non hypophysaire du diabète.

La pituitrine exerçait sur la diurèse une inhibition prononcée, mais de courte durée et sans effet net sur la densité de l'urine.

Le mécanisme d'action de la pituitrine ne se ramène pas, selon d'A et C., à une vaso-constriction simple, comme cela a été soutenu, car, dans leurs expériences, les médicaments vaso-constricteurs (adrénaline) étaient sans effet sur la polyurie, tandis que des vaso-dilatateurs (nitrite de soude), joints à la pituitrine, non seulement n'en entravaient pas l'action anti-diurétique, mais la renforçaient.

L'action de la pituitrine ne peut pas non plus être

attribuée à une simple inhibition de la diurèse aqueuse : en effet, en combinant l'injection intraveineuse de sels minéraux et de pituitrine, d'A. et C. mettent en évidence une action de cette dernière substance sur la diurèse moléculaire, action non forcément parallèle à l'effet antidiurétique.

Ce dernier peut être, d'autre part, atténué par l'ergotamine : puisqu'un effet antagoniste analogue a été récemment signalé entre ces deux médicaments pour ce qui regarde la thermogenèse, d'A. et C. pensent que leurs expériences viennent à l'appui de l'hypothèse que l'action de la pituitrine s'exerce par la moyen des centres diencéphaliques.

Ils ont remarqué aussi que, si le *chlorure de potassium* uni à la pituitrine ne modifiait pas essentiellement l'action de cette dernière, par contre l'addition de *chlorure de calcium* procure un notable renforcement de son pouvoir antidiurétique et une augmentation assez prononcée de la densité de l'urine.

Il est vraisemblable que l'action périphérique de la pituitrine provient d'un changement dans le métabolisme hydro-salin au niveau des tissus.

D'A. et C. ont étudié chez leurs malades l'élimination de Cl, SO^4, P^2O^5, K, Ca, Na, aussi bien à jeun qu'après injection intraveineuse de NaCl, KCl, $CaCl^2$, PO^4KH^2, SO^4Na^2. Ils ont remarqué que, dans le diabète insipide, il existe un trouble dans l'élimination des divers ions : ceux-ci sont concentrés à un degré variable, non seulement d'un malade à l'autre, mais, chez le même malade, si l'on introduit un même ion sous forme de combinaisons chimiques différentes.

Ces recherches prouvent que la polyurie insipide n'est pas le fait d'une simple hydrorrhée rénale comme on l'a récemment soutenu mais que, outre le rein, les tissus jouent aussi un rôle très important dans son déterminisme. F. Coste.

Giuffrida. ***Recherches sur l'artériosclérose des petites artères du poumon*** (*Archivio di Patologia e Clinica medica*, t. IX, n° 10, Octobre 1929). — G. a étudié systématiquement les poumons d'une centaine de sujets morts à différents âges. Il considère :

1° Qu'il existe certainement une artériosclérose des petites artères du poumon, en rapport avec la sénilité ;

2° Que, dans tous les cas où existait une hypertension dans le domaine de la petite circulation, les petites artères du poumon présentent les altérations dégénératives et hypertrophiques qui caractérisent l'artériosclérose. Inversement, G. n'a jamais retrouvé ici les lésions, de type éminemment productif, que l'on rencontre au niveau des petites artères dans les faits classés comme « artériosclérose primitive de l'artère pulmonaire ». Pour cette dernière maladie, tout facteur toxique ou infectieux étant écarté, il semble qu'il faille, avec Benedetti et de Castro, la considérer comme une altération de caractère constitutionnel, en tout cas indépendante de facteurs mécaniques ;

3° On ne peut démontrer l'existence d'un rapport direct entre le degré des lésions d'artériosclérose pulmonaire et celui de l'hypertrophie cardiaque droite : l'une et l'autre apparaissent comme des conséquences indépendantes de l'hypertension dans le domaine de la petite circulation ;

4° On ne peut affirmer qu'il y ait un rapport causal entre la syphilis et l'artériosclérose des petites artères du poumon. F. Coste.

Frondali ***Hypertension capillaire et hypertension artérielle dans la glomérulo-néphrite des enfants*** (*Archivio di Patologia e Clinica medica*, t. IX, n° 11, Novembre 1929). — Confirmant ses travaux précédents sur les glomérulo-néphrites infantiles, F. a retrouvé dans une nouvelle série de cas l'augmentation parallèle de la pression artérielle et de la pression capillaire à une phase très précoce de la maladie (avant même l'apparition des signes rénaux). Les deux pressions subissent un abaissement progressif et plus ou moins lent dans les cas où l'on s'achemine vers la guérison. On peut observer de nouvelles élévations parallèles des deux pressions à la suite de poussées récidivantes d'amygdalite ou d'une aggravation de l'état infectieux.

Les périodes caractérisées par une pression capillaire élevée coïncident avec l'apparition de sang dans les urines, le retour aux pressions capillaires normales ou infranormales coïncide avec la disparition de la réaction chimique du sang dans les urines et des hématies dans le sédiment urinaire.

L'injection d'adrénaline à des enfants normaux a déterminé l'augmentation de la pression artérielle sans modification notable de la pression capillaire.

F. Coste.

SCHWEIZERISCHE MEDIZINISCHE WOCHENSCHRIFT
(Bâle)

E. Glanzmann. ***Alimentation et hématopoïèse*** (*Schweizerische medizinische Wochenschrift*, t. LIX, n° 41, 12 Octobre 1929). — La 3e partie de ce travail débute par un examen des effets du fer. A ce sujet, G. rappelle tout d'abord les travaux de M. B. Schmidt qui, avec une alimentation pauvre en fer, a provoqué, chez les rats, une anémie qui ne se manifeste qu'à la 2e, 3e et 4e générations, par un arrêt de croissance et de l'anémie à forme chlorotique. En pareil cas, les effets rapides du fer montrent que ce médicament est capable de rendre à l'organisme le pouvoir de faire tout ce qui est nécessaire à l'hématopoïèse, aussi bien l'hémoglobine que le stroma globulaire. Ce sont surtout les sels ferreux bivalents (pilules de Blaud, fer réduit, lactate de fer, sulfate de fer précipité, sirop d'iodure de fer). Il faut, néanmoins, donner le fer à des doses beaucoup plus élevées qu'on ne le croyait autrefois, par exemple 10 centigr. de fer réduit, 2 ou 3 fois par jour, chez le nourrisson. Ces doses élevées donnent à penser que le fer possède, en outre, une action oxydante et antitoxique sur le contenu intestinal.

Au sujet du foie, G. rappelle d'abord les travaux de Whipple d'où il résulte que les céréales, certains fruits, le lait et les laitages sont parmi les aliments qui activent le moins la régénération du sang, tandis que le foie et les reins des mammifères possèdent le maximum d'activité. Le fer possède également un effet favorable sur les anémies provoquées par des saignées répétées pendant des mois ou des années. Il semble, d'autre part, bien établi que l'action du foie n'est pas due à une vitamine connue. Mais plusieurs théories ont été proposées pour expliquer cette action. Les auteurs américains croient que le foie agit surtout en stimulant la formation des stromas globulaires car, dans l'anémie pernicieuse, la synthèse de l'hémoglobine se fait normalement. Il s'agirait donc d'une anémie par carence. Mais G. pense que certaines intoxications (alimentation riche en graisse, ingestion d'acide caprylique), qui peuvent provoquer des symptômes très analogues à l'anémie pernicieuse, expliquent cette maladie mieux qu'une carence. Une 3e théorie, invoquée par Jungmann, Marcel Labbé, etc., admet que l'administration de foie agit d'une façon spécifique sur le système réticulo-endothélial pour diminuer la destruction des globules rouges ou pour protéger contre l'hémolyse comme la cholestérine.

Cependant G., en alimentant des rats avec du lait de chèvre, a pu déterminer une anémie rapidement mortelle que l'extrait de foie paraît plutôt aggraver quoiqu'il augmente passagèrement le nombre des polychromatophiles. Le fer accentue ces effets qui cependant sont passagers. Il faut donc admettre, selon G., qu'il existe dans le lait de chèvre un facteur toxique dont le foie ni le fer ne peuvent empêcher l'action. En somme, le foie ou, en tout cas, les extraits hépatiques, stimulent la régénération du sang sans agir sur le processus hémolytique ; l'absence d'action du foie sur l'anémie du lait de chèvre montre que cette maladie ne doit d'ailleurs pas être placée sur le même plan que l'anémie pernicieuse.

P.-E. Morhardt.

F. de Quervain. ***Prophylaxie du goitre par le sel iodé*** (*Schweizerische medizinische Wochenschrift*, tome LIX, n° 44, 2 Novembre 1929). — L'auteur passe en revue, dans ce court travail, quelques-unes des objections qui ont été faites, au moyen d'une enquête menée par Bircher, contre la prophylaxie du goitre au moyen du sel iodé. Il remarque tout d'abord qu'on sait depuis longtemps, en Suisse et surtout à Genève, que l'emploi d'iode, en cas de goitre constitué chez l'adulte, n'est pas sans danger. Mais les cas d'iodbasedow sont le plus souvent dus à des charlatans qui vendent des produits prétendûment dépourvus d'iode, bien que l'analyse y révèle, comme dans 2 cas auxquels Q. fait allusion, des doses élevées de ce médicament.

Au point de vue de la prophylaxie scolaire, il est entendu également qu'il faut individualiser. Notamment à Berne, où l'on n'a pas observé un seul enfant chez lequel l'iode ait entraîné des inconvénients, on ne donne pas les tablettes hebdomadaires de 3 milligr. aux écoliers, lorsque leurs parents leur en font spontanément prendre ou manifestent des scrupules à l'égard de cette méthode prophylactique. D'ailleurs, il y a lieu de remarquer qu'il n'y a pas d'inconvénients à ajouter la tablette hebdomadaire au sel iodé puisque celui-ci représente, pour un enfant, 150 à 200 γ (millionième de gramme) d'iode et la tablette scolaire 1 000 à 3.000 γ.

Au sujet de la prophylaxie du goitre par l'eau de boisson, Q. la croit dispendieuse et d'un dosage trop difficile.

Le mélange d'iode au sel semble avoir donné lieu à quelques accidents en Amérique. Mais les médecins américains ont calculé leur mélange de manière à ce qu'il soit consommé par jour 2.500 γ d'iode tandis que les médecins suisses n'en donnent que 50 γ. Par ailleurs, aucune preuve de la nocivité des petites doses utilisées en Suisse n'a été apportée. Dans les cantons de Bâle et de Vaud, en Autriche, en Valteline, le sel iodé n'a jamais donné lieu à du Basedow en dehors des cas déterminés par des charlatans ou par des prescriptions médicales excessives.

L'administration de fourrage iodé aux vaches a provoqué une augmentation de la richesse en graisses du lait, fait qui ne peut être interprété que dans le sens d'une amélioration de l'état général de l'animal.

Il ne faut pas, selon l'auteur, croire que les résultats obtenus dans la prophylaxie du goitre avec l'iode permettent des conclusions précises quant à l'étiologie de cette affection ; comme Baillarger en 1873, on doit dire que l'iode semble neutraliser un principe toxique. Dans tous les cas, par la prophylaxie au moyen du sel iodé, on n'entend pas réaliser un traitement général du goitre, mais seulement mettre la génération qui vient en mesure de résister, dès la période fœtale, à la cause pathologique qui crée le goitre. Cette méthode de prophylaxie ne doit pas empêcher de faire tous les efforts nécessaires pour améliorer l'hygiène générale du peuple. P.-E. Morhardt.

Otto Stiner. ***Le volume du goitre et la croissance*** (*Schweizerische medizinische Wochenschrift*, tome LIX, n° 44, 2 Novembre 1929). — S. se demande si, comme on l'a affirmé de divers côtés, l'administration de sel iodé aura pour conséquence à la fois de prévenir le goitre et d'augmenter la hauteur moyenne des recrues en Suisse. Il fait remarquer que cette hauteur a fortement augmenté : en 1888-1890, elle était de 163, 5 cm. ; en 1908-1910, elle s'est élevée à 165,7 et tout donne à penser que cette évolution ne s'est pas arrêtée là.

Un examen plus approfondi des chiffres fournis par la mensuration des recrues montre qu'il y a une relation entre le goitre et la hauteur de la taille, mais il faut faire une différence entre le goitre diffus et le goitre nodulaire. Dans le canton de Berne, tandis que les recrues sans goitre mesurent en moyenne 166,9 cm., celles avec goitre diffus mesurent 168,3 cm. et celles avec goitre nodulaire 166,8 cm. la moyenne étant de 167,3. Dans le canton d'Appenzel, les moyennes les plus élevées sont constatées lorsqu'il y a goitre diffus. S. reconnaît, d'ailleurs, que les chiffres qu'il donne sont un peu faibles pour entraîner des conclusions définitives. Ils mon-

trent, cependant, que le problème du goitre présente encore bien des difficultés à résoudre.

P.-E. Morhardt.

E. Schlittler. ***Ulcération trophique post-encéphalitique de l'aile du nez et de la joue*** (*Schweizerische medizinische Wochenschrift*, tome LIX, n° 45, 9 Novembre 1929). — L'observation dont il s'agit dans ce travail concerne un garçon qui, à 11 ans, est atteint d'encéphalite léthargique. Quelques mois plus tard, à la suite d'un coryza et du fait de lésions de grattage du nez, il présente une ulcération qui détruit l'aile droite du nez et s'étend sur la joue où elle est moins profonde. Cet enfant, très fortement atteint au point de vue intellectuel, ne peut être empêché de se gratter sans geindre d'une façon gênante pour l'entourage et on n'arrive pas tout d'abord à modifier cette ulcération. Cependant, au bout d'un an, l'ulcération s'est cicatrisée mais l'enfant ne tarde pas à mourir d'une infection intercurrente. Des ulcérations trophiques de ce genre comme séquelles de l'encéphalite ne semblent avoir été décrites que par Hoffmann, par Lammersmann et par Petzal.

P.-E. Morhardt.

H. Mueller. ***Recherches cliniques et expérimentales sur la protéinothérapie en ophtalmologie*** (*Schweizerische medizinische Wochenschrift*, tome LIX, n° 45, 9 Novembre 1929). — L'affection des yeux qui réagit le mieux à la protéinothérapie et plus spécialement aux injections de lait est la conjonctivite blennorragique des nouveau-nés. M. fait cuire, pendant 1 ou 2 minutes, du lait de vache dans un Erlenmeyer, puis le laisse refroidir à la température du corps et en injecte 1 à 3 cm. lentement dans les fesses. Les résultats sont d'autant meilleurs que cette injection est plus précoce. Une seule suffit parfois pour déterminer une guérison rapide. A côté du lait, M. a quelquefois fait des instillations dans l'œil d'une préparation d'argent (syrgol). L'injection de lait provoque, au bout de 4 à 6 heures, une élévation de température plus ou moins marquée et une augmentation des phénomènes inflammatoires, notamment de la sécrétion. Mais, au bout de 24 heures, la sécrétion s'arrête, la conjonctive se dégonfle et l'œil peut être parfois ouvert spontanément.

Si, en 24 heures, il n'apparaît aucun signe d'amélioration clinique, on pratique une seconde injection et parfois même une troisième. Mais ce dernier chiffre n'a pas été dépassé par M. qui, lorsque les gonocoques persistent indéfiniment sur la conjonctive, procède à des attouchements avec du nitrate d'argent à 1 pour 100.

En cas de récidive, M. a recours, de crainte d'un choc anaphylactique, à d'autres produits que du lait, surtout si plus de 8 à 10 jours se sont écoulés. Ce traitement peut d'ailleurs, faire disparaître une opacité de la cornée. La guérison bactériologique se fait attendre beaucoup plus longtemps que la guérison clinique.

Cette méthode a été utilisée dans 28 cas de conjonctivite non gonococcique des nouveau-nés. Une seule injection a suffi dans 23 cas. Dans 5 cas, par contre, il a fallu 2 injections de lait.

A côté de ces observations cliniques, M. a repris les expériences de Tristaino d'après lequel le taux de l'albumine de l'humeur de la chambre antérieure augmente au bout d'une heure sous l'influence d'une injection de lait, atteint son maximum au bout de 6 heures et revient au taux normal en 24 heures. En se servant de la néphélométrie pour étudier le liquide de lapins jeunes et adultes auxquels il a été injecté du lait à la dose de 1 à 10 cmc une seule fois ou deux fois à 24 heures d'intervalle, M. a constaté qu'il n'y a aucune proportionnalité entre la quantité de lait injectée et le taux d'albumine du liquide de la chambre antérieure. Dans aucun cas, ce taux n'a été augmenté. Les constatations de Tristaino ne sont donc pas confirmées. Cependant M. remarque que ses propres chiffres sont en général plus bas que ceux des auteurs et tendent à faire admettre que la perméabilité vasculaire diminue sous l'influence d'une injection de lait.

Au point de vue clinique, il y a réaction diphasique : au début, l'augmentation des symptômes cliniques doit être mise en relation avec une augmentation de la perméabilité. En même temps, on doit admettre, selon M., que des processus purement cellulaires interviennent dans la guérison.

P.-E. Morhardt.

A. Hotz. ***Expériences avec la thérapeutique acidifiante de von Kapff chez les enfants*** (*Schweizerische medizinische Wochenschrift*, tome LIX, n° 47, 23 Novembre 1929). — Von Kapff est un chimiste. Il remarqua, au cours de l'exercice de sa profession, que les ouvriers qui travaillent dans une atmosphère riche en acides volatils se sentent bien ou même guérissent de certaines affections des voies aériennes comme les bronchites chroniques, l'asthme, la tuberculose, etc. Ce fait a été remarqué aussi bien avec de l'acide nitrique qu'avec de l'acide sulfureux, acétique ou formique. Une atmosphère ainsi chargée d'acide créerait des conditions défavorables à la pullulation des germes au niveau des muqueuses bronchiques et, en outre, elle déterminerait une « alcalose du sang et des urines ».

Cette méthode se pratique en mettant un carton imbibé d'acides volatils dans un récipient muni d'un couvercle qu'on enlève quand on veut faire la cure d'inhalation. On peut aussi utiliser un inhalateur : masque placé sur le visage et communiquant, par un tube de caoutchouc, avec deux flacons dont l'un contient un mélange acide et l'autre des essences éthérées. Von Kapff utilise, d'ailleurs, 6 espèces différentes de mélanges pour inhalation.

H. a appliqué cette méthode d'abord chez un enfant de 7 ans atteint d'asthme sévère. Les résultats ont été si satisfaisants qu'il l'a employée dans 14 autres cas d'asthme ou de bronchite asthmatique dont 9 ont été guéris et 3 améliorés. Parmi les guéris figurent 8 enfants.

H. a également utilisé ces inhalations comme méthode prophylactique quand il y a tendance aux inflammations catarrhales des voies aériennes supérieures. Dans 20 cas de ce genre, suivis depuis au moins 6 mois, le résultat a été favorable 6 fois. Par contre, dans des salles d'hôpital pour enfants, la méthode ne semble avoir rien fait pour prévenir une épidémie de grippe ou pour en diminuer la gravité. Au cours de ce dernier essai, la quantité d'acide évaporée dans les salles était d'ailleurs faible.

P.-E. Morhardt.

MÜNCHENER MEDIZINISCHE WOCHENSCHRIFT (Munich)

F. Lebermann. ***L'utilisation des préparations hypophysaires pour le diagnostic des affections rénales*** (*Münchener medizinische Wochenschrift*, tome LXXVI, n° 45, 8 Novembre 1929). — On sait que l'administration d'hypophyse aux sujets sains détermine dans les premières heures une diminution de la diurèse avec augmentation nette de la concentration urinaire.

Cette oligurie provoquée s'observe aussi lors des lésions rénales légères et dans les affections rénales sans insuffisance fonctionnelle ; elle manque lorsque le fonctionnement rénal est troublé.

Mais les renseignements fournis par les modifications de concentration urinaire ne permettent pas de remplacer définitivement l'épreuve de la soif provoquée par le test hypophysaire. Dans certains cas légers, en effet, l'action oligurique peut manquer et surtout la concentration peut rester identique.

La différenciation admise par Kerpola en 2 types d'insuffisance rénale — l'une apparente, au cours de laquelle la concentration urinaire consécutive à l'injection d'hypophyse est suffisante, et l'autre réelle où cette concentration ne se produit plus — mérite d'être retenue. Si ces faits se vérifient, le test hypophysaire constituerait un procédé diagnostique et pronostique important.

L'extrait partiel hypophysaire, récemment introduit dans le commerce sous le nom de « Tonephin », contient la substance inhibitrice de la diurèse, et son action oligurique paraît supérieure à celle des autres préparations en ce qui concerne l'intensité et la durée.

G. Dreyfus-Sée.

Kyriaside. ***La vaccinothérapie de la coqueluche*** (*Münchener medizinische Wochenschrift*, t. LXXVI, n° 45, 8 Novembre 1929). — K. préconise, dans le traitement de la coqueluche, les injections d'autovaccin préparé à l'aide des sécrétions du pharynx et des voies respiratoires supérieures du malade. Ce vaccin spécifique serait plus efficace que le vaccin polyvalent habituel et devrait lui être préféré dans tous les cas où il est possible de le préparer assez rapidement pour permettre une utilisation précoce.

Sinon K. conseille d'employer le vaccin habituel polyvalent avec lequel il aurait obtenu de bons résultats à condition de pratiquer les injections assez tôt. Pendant le stade catarrhal, l'action abortive de la vaccinothérapie aurait été constatée fréquemment.

G. Dreyfus-Sée

Elmer et Scheps ***Le traitement du diabète insipide à l'aide de la pituitrine et la vasopressine par voies endonasale et sous-cutanée*** (*Münchener medizinische Wochenschrift*, tome LXXVI, n° 46, 15 Novembre 1929). — Le traitement du diabète insipide par les injections de rétro-pituitrine est efficace dans un pourcentage de cas considérable. Depuis 1922, plusieurs auteurs ont montré la possibilité d'employer la voie endonasale, plus pratique, afin d'éviter ces injections sous-cutanées répétées plusieurs fois par jour.

Récemment, en 1928, Kamm et ses collaborateurs ont réussi à isoler 2 hormones différentes dans le lobe postérieur de l'hypophyse : la *vasopressine* à action fortement anti-diurétique, hypertensive et excitatrice du péristaltisme intestinal, et l'*oxytocine*, agissant électivement sur la contraction utérine.

La vasopressine, utilisée en clinique dans un cas de diabète insipide, a paru plus active que la rétro-pituitrine, et son efficacité semble plus marquée lors de l'introduction par voie endonasale que par injection sous-cutanée.

E. et S. ont repris systématiquement l'application de ces diverses substances chez plusieurs malades atteints de diabète insipide.

Ils préconisent la voie endonasale pour l'emploi de la rétropituitrine et préfèrent la poudre à priser à l'utilisation, moins pratique et plus dangereuse, de tampons imbibés de solution. La pose du tampon, difficile, nécessite une technique délicate ; son renouvellement toutes les 6 heures irrite la muqueuse et peut obliger à interrompre le traitement. La solution ainsi appliquée est mal et lentement résorbée. L'action obtenue par voie endonasale étant plus lente est moins brutale que celle des injections sous-cutanées, la prise de poudre, moins irritante que le tampon, plus facilement résorbée, est la méthode de choix.

La vasopressine en injections sous-cutanées, 3 fois par jour, à la dose de 10 unités, est plus active que la rétro-pituitrine, mais elle provoque des réactions désagréables : pâleur de la face, modifications tensionnelles, sensation de faiblesse générale, douleurs abdominales et céphalée, vomissements et diarrhée. Des doses plus élevées sont plus mal tolérées encore. De plus petites quantités (5 unités, 3 fois par jour) ne déterminent pas de réaction, mais ont une action oligurique beaucoup moindre.

Par voie nasale l'action se produit 6 heures après la pose du tampon dans le nez. Les doses doivent être beaucoup plus élevées. L'efficacité est sensiblement analogue à celle des injections, mais on n'observe aucune réaction pénible. Les inconvénients des tampons endo-nasaux sont les mêmes que pour la rétropituitrine. Il serait par conséquent préférable, pour pouvoir utiliser pratiquement la vasopressine, de l'employer sous forme de poudre à priser, préparation qui n'a pu être réalisée jusqu'à présent.

G. Dreyfus-Sée.

Kisaku Yoshimura. ***Contribution à l'étude de la paralysie périodique des extrémités, de ses causes et de sa thérapeutique*** (*Münchener medizinische*


Médication
Anti-Bacillaire
AZOTYL
en Ampoules pour Injections sous-cutanées
ou intra-musculaires et en Pilules kératinisées
à base de:
Lipoïdes spléniques
et Biliaires
Cholestérine pure
Essence Antiseptique:
Goménol
Camphre
Hyperactivé
par irradiation
aux rayons
U. V.
Actinotherapie
indirecte
Littérature
et Echantillons
LABORATOIRES
LOBICA
G. CHENAL, Ph^cien
46, Av. des Ternes, PARIS (17e)
AZOTYL

Wochenschrift, tome LXXVI, nº 46, 15 Novembre 1929). — L'apparition par accès périodique d'une paraplégie ou d'une quadriplégie flasque survenant brusquement, souvent pendant la nuit, est suffisamment typique pour ne pas laisser place à des discussions diagnostiques.

Par contre, la nature de cette curieuse affection est mal connue.

La théorie d'auto-intoxication de Goldflamm est rendue peu vraisemblable par l'existence des modifications d'excitabilité électrique; celle-ci disparaît lors de l'apparition de la paralysie pour reparaître avec l'amélioration qui survient rapidement, en 1/4 d'heure à quelques heures.

Lundborg a admis qu'il s'agissait d'un hyperfonctionnement des parathyroïdes auxquelles est dévolue la régulation neuro-musculaire.

Y. se rallie à cette dernière conception et attribue en outre un rôle important aux parathyroïdes dans le métabolisme des échanges minéraux et dans celui des hydrates de carbones. Souvent la paralysie transitoire des extrémités serait liée au diabète et à la glycosurie.

Expérimentalement et cliniquement, il semble en effet que la cause des accidents réside dans une modification de l'équilibre magnésio-calcique du sérum sanguin. Le magnésium, qui agit en paralysant le système neuro-musculaire, est augmenté considérablement, et l'administration de calcium fait régresser les phénomènes. Le déclenchement de l'accès paraît dû à un apport exagéré d'hydrates de carbones déterminant une augmentation de la glycémie qui n'agit cependant que si la teneur du sang en magnésium est particulièrement élevée.

Y. admet donc comme vraisemblable l'hypothèse d'une pathogénie de ces troubles constituée par un dysfonctionnement des glandes parathyroïdes entraînant des anomalies de l'hormone qui régit les échanges minéraux et hydrocarbonés.

G. Dreyfus-Sée.

E. Solms et E. Klopstock. *La réaction d'Aschheim-Zondek et sa signification pour le diagnostic différentiel des aménorrhées et des dysménorrhées* (*Münchener medizinische Wochenschrift*, tome LXXVI, nº 46, 15 Novembre 1929). — Cette réaction (A. Z. R,) repose sur la mise en évidence de l'hormone du lobe antérieur de l'hypophyse éliminée en abondance par les urines au cours de la grossesse et décelée à l'aide de procédés expérimentaux biologiques.

La technique originale a été légèrement modifiée par S. et K., en particulier en ce qui concerne les doses injectées et le choix des animaux en expérience. Ils n'ont en outre tenu compte que des réactions nettes, macroscopiquement lisibles. Dans les grossesses, la réaction fournit ainsi des résultats certains. Sa sensibilité permet d'en tenir compte 8 jours après la première période menstruelle absente, et même, dans quelques cas, 3 jours avant celle-ci.

Sur 12 cas de grossesse extra-utérine, 11 fournirent un résultat positif; un seul était négatif mais le fœtus était mort, tué par une hémorragie interne.

Au cours des aménorrhées ou des troubles des règles, la réaction permet de différencier les manifestations dues à un hypofonctionnement glandulaire de celles qui résultent d'une excitation exagérée.

On peut établir l'origine ovarienne ou hypophysaire des troubles en chauffant les urines avant de les injecter.

Seule l'hormone hypophysaire est ainsi détruite.

Les souris injectées avec l'urine non chauffée sont les réactifs de l'ovaire et de l'hypophyse, alors que celles qui ont reçu l'urine bouillie sont les tests de l'hormone ovarienne seule.

La réaction hypophysaire se manifeste par l'hypertrophie ovarienne et le gonflement des follicules (A. Z. R.).

La réaction ovarienne est constituée par l'augmentation des cornes utérines et des modifications vaginales.

Pratiquement, ces recherches ont une importance thérapeutique puisqu'elle permettent de reconnaître la glande qui est à l'origine des troubles et de préciser s'il s'agit d'un hyper- ou d'un hypofonctionnement. L'opothérapie curative peut ainsi être établie sur des bases précises.

La combinaison avec d'autres tests glandulaires permet de faire le bilan fonctionnel endocrinien exact d'une malade et de la traiter utilement.

Enfin, chez une femme présentant des troubles sérieux en rapport avec un hypofonctionnement ovarien et hypophysaire, l'hormonothérapie naturelle par instillation intrarectale d'une urine normale de femme enceinte prélevée à l'époque présumée des règles paraît avoir donné des résultats thérapeutiques supérieurs à ceux obtenus par les extraits endocriniens habituels. Peut-être y a-t-il là un nouveau procédé d'opothérapie intéressant à étudier.

G. Dreyfus-Sée.

E. K. Frey. *Hormone circulatoire et sécrétion interne* (*Münchener medizinische Wochenschrift*, tome LXXVI, nº 47, 22 Novembre 1929). — L'hormone circulatoire éliminée en quantité notable dans les urines a été étudiée expérimentalement et cliniquement par F. depuis 4 ans.

De nombreux essais ont montré son action vasodilatatrice et secondairement hypotensive au cours des affections angiospastiques, de la sclérose coronarienne, des gangrènes vasculaires, des hypertensions artérielles.

Dans ses dernières études, F. s'est efforcé de déterminer le mode de production de cette hormone.

Cette substance, facilement trouvée dans les urines, existe également en grande quantité dans le sang, mais elle y est neutralisée par une antihormone, substance inactivante.

L'origine de l'hormone paraît être dans le pancréas.

Dans un kyste pancréatique contenant 3 litres de liquide, opéré par lui, F. a trouvé 1 unité hormonale par centimètre cube. L'extirpation expérimentale du pancréas est suivie de diminution considérable de la teneur des urines en hormone (chute de 80 à 97 pour 100). La dérivation de la sécrétion externe pancréatique par une fistule ne modifie par contre en rien l'élimination urinaire de l'hormone. Enfin on peut démontrer qu'il s'agit bien d'une sécrétion interne du pancréas en liant pendant 2 heures ses vaisseaux : l'excrétion hormonale diminue immédiatement, pour reparaître aussitôt qu'on lève la ligature.

Il s'agit vraisemblablement d'une sécrétion et non d'une excrétion pancréatique, car on trouve l'hormone en grande quantité dans le tissu glandulaire (50 unités par gramme).

Pourtant, chez les animaux dépancréatisés, on peut, par des injections d'insuline, déterminer une augmentation notable de l'hormone dans les urines, et ceci démontre la suppléance possible d'autres organes dans la fonction productrice hormonale. Outre la synergie fonctionnelle de l'insuline et de l'hormone circulatoire, il faut signaler les analogies de leur mode de formation (origine pancréatique, élimination par l'urine, etc.); il s'agit cependant de substances nettement distinctes.

Enfin la rate exerce une action indiscutable, mais vraisemblablement indirecte, sur la sécrétion et l'élimination de l'hormone circulatoire.

La substance inactivante contenue dans le sang paraît être formée dans les ganglions lymphatiques : 1 gr. de ganglion desséché peut neutraliser 500 unités d'hormone circulatoire. La réactivation peut être obtenue à l'aide d'acides minéraux ou d'enzymes protéolytiques. L'importance physiologique de ces facteurs opposés — hormone circulatoire et anti-hormone inactivante — est considérable et leur existence soulève de nombreux problèmes théoriques et pratiques dont F. poursuit la solution.

G. Dreyfus-Sée.

E. Vogt. *Modifications du régime des femmes enceintes en tenant compte des besoins du fœtus en vitamine* (*Münchener medizinische Wochenschrift*, tome LXXVI, nº 47, 22 Novembre 1929). — L'organisme fœtal a un besoin important de vitamines A, B, C et D. L'apport insuffisant de ces substances, fournies essentiellement par l'alimentation maternelle, détermine des manifestations pathologiques d'hypo- ou même d'avitaminose. Les carences en vitamine B peuvent causer des avortements ou des naissances prématurées d'enfants débiles. Les carences en vitamines C déterminent des troubles dans la constitution du sang et du système osseux, et des anomalies graves dentaires.

Nombre de ces substances essentielles ne pouvant être créées par l'organisme humain, il importe de les introduire au moyen de l'alimentation. Le régime au cours de la grossesse doit donc apporter à la femme les vitamines dont son organisme est incapable de faire la synthèse : en particulier, on insistera sur l'absorption de légumes verts, de fruits, d'œufs, de lait et de laitages. L'administration de produits médicamenteux riches en vitamines peut être utile : huile de foie de morue contenant les vitamines A et D, levure de bière pour les vitamines B et D, « Vigantol » pour la vitamine D.

L'existence, dans les antécédents de la femme, de fausses couches, d'accouchements prématurés, d'accouchements d'enfants morts les derniers mois de la grossesse, d'éclampsie, constituerait, selon V., une indication importante pour l'institution précoce d'un régime comportant des vitamines en abondance.

G. Dreyfus-Sée.

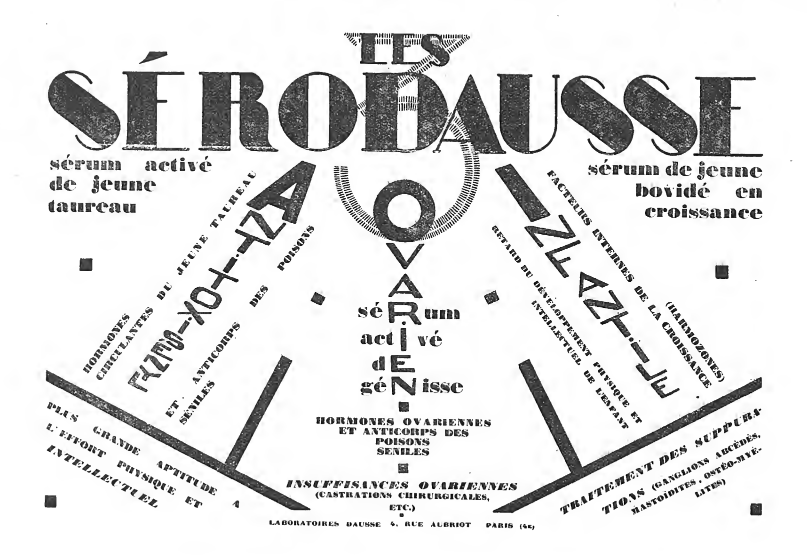
DEUTSCHES ARCHIV für KLINISCHE MEDIZIN

K. Tiefensee. *Recherches sur l'équilibre acide-base dans l'asthme bronchique* (*Deutsches Archiv für klinische Medizin*, tome CLXV, nºs 5 et 6, Novembre 1929). — T. a cherché à compléter nos connaissances sur les causes de l'accès d'asthme en partant du fait que le spasme des muscles bronchiques déterminé par la pilocarpine dépend de la composition du sang. Pour cela, il a d'abord déterminé le volume pour 100 de l'acide carbonique de l'air alvéolaire par la méthode de Van Slyke. La concentration des ions hydrogène du sang recueilli par ponctions veineuses dans une seringue contenant une solution à 0,2 pour 100 d'oxalate de soude et 0,73 pour 100 de chlorure de sodium, complètement dépourvue de CO^2, a été déterminée au moyen d'une électrode en U selon Michaelis.

Au total, une quarantaine de cas ont été examinés et une centaine de déterminations ont été faites. L'équilibre acide-base du sang chez les asthmatiques entre deux accès s'est montré normal, le p_H oscillant entre 7,3 et 7,5 et le volume pour 100 de CO^2 entre 50 et 60. Par contre, pendant l'accès, cet équilibre a été nettement déplacé vers l'alcalinité. Ainsi, dans l'accès d'asthme, il y aurait augmentation de la réserve alcaline (hypercapnée) et surtout diminution des ions d'hydrogène (alcalémie). Il s'agirait d'un excès d'alcalins généralement compensé et, dans quelques cas, non compensé.

Pour agir thérapeutiquement sur cette alcalémie, T. a employé le jeûne, des aliments acides et des sels acidifiants comme le chlorure d'ammonium ou le phosphate d'ammonium. Ces méthodes ont toutes diminué l'alcalinité du sang et atténué ou fait disparaître les accès.

En faisant respirer, au cours de l'accès, un mélange gazeux du commerce contenant 5 à 8 pour 100 d'acide carbonique, T. a provoqué, en 3 à 5 minutes, l'apparition d'une respiration plus profonde et plus lente et une diminution de la dyspnée expiratrice. Les sensations subjectives éprouvées par les malades se résument dans le fait que l'un d'entre eux a trouvé que cette thérapeutique agit comme une injection d'asthmolysine. D'ailleurs, si l'on cesse trop tôt l'administration d'acide carbonique, l'accès d'asthme reparaît. Par contre, si on prolonge la séance pendant 15 ou 20 minutes, l'expiration prolongée et la bronchite elle-même disparaissent. L'analyse des gaz du sang, faite avant et après l'administration de CO^2, ne témoigne d'aucune modification. Mais la mesure


LES
SÉRODAUSSE
sérum activé de jeune taureau
sérum de jeune bovidé en croissance
HORMONES CIRCULANTES DU JEUNE TAUREAU
ET ANTICORPS DES POISONS SÉNILES
PLUS GRANDE APTITUDE A L'EFFORT PHYSIQUE ET INTELLECTUEL
sérum activé de génisse
HORMONES OVARIENNES ET ANTICORPS DES POISONS SÉNILES
INSUFFISANCES OVARIENNES (CASTRATIONS CHIRURGICALES, ETC.)
FACTEURS INTERNES DE LA CROISSANCE (HARMOZONES)
RETARD DU DÉVELOPPEMENT PHYSIQUE ET INTELLECTUEL DE L'ENFANT
TRAITEMENT DES SUPPURATIONS (GANGLIONS, ABCÉDÉS, MASTOIDITES, OSTÉO-MYÉLITES)
LABORATOIRES DAUSSE 4, RUE AUBRIOT PARIS (4e)

du *pu* montre une acidification nette dans ces mêmes conditions.

Ainsi, pour que l'accès d'asthme apparaisse, il faut que l'équilibre acide-base se déplace du côté alcalin. C'est ce que beaucoup de recherches confirment : augmentation du quotient K/Ca au cours de l'accès (Kylin, Owtschinski); rareté de l'asthme au printemps alors que le sang est plus acide (Weichmann et Paal) ; disparition des accès au cours d'une maladie fébrile accompagnée d'acidification; rareté de l'association asthme et diabète (Kylin, Mathes). D'autres maladies qui peuvent être ramenées à une étiologie analogue, comme l'eczéma et la diathèse exsudative, ont été également bien influencées par une thérapeutique du même genre (Ottenstein).

P.-E. Morhardt.

O. Satke. *Endophlébite oblitérante hépatique* (*Deutsches Archiv für klinische Medizin*, t. CLXV, nos 5 et 6, Novembre 1929). — Cette affection, décrite pour la première fois en 1899 par Chiari, est rare, car on n'en connaît guère plus de 30 cas auxquels S. en ajoute 4. Cette maladie est caractérisée par une oblitération des veines hépatiques à leur embouchure dans la veine cave ou en plein parenchyme hépatique. L'élément primitif est constitué par un épaississement de l'intima. Il ne s'agit pas là d'une thrombose, mais d'une endophlébite. Il se produit néanmoins des thromboses secondaires vraies qui peuvent s'organiser et présenter un canal de nouvelle formation. Lorsque l'oblitération est complète et brusque, on observe des infarctus hémorragiques. Quand elle est lente, surtout si la circulation collatérale est bien développée, les symptômes sont frustes ou nuls. En général, il y a stase et ascite importante.

Dans cette affection, les troubles qui précèdent l'apparition de l'ascite sont en général peu marqués. Le transsudat a un poids spécifique faible et il est pauvre en albumine, tout au moins au début; il reparaît vite après ponction. Quand il est peu abondant, c'est que la circulation collatérale est très développée. Le foie est, en général, très augmenté, surtout au début, généralement d'une manière diffuse; le bord en est tranchant; il est douloureux et très différent de ce qu'on observe dans la cirrhose de Laennec. La rate est augmentée, l'ictère n'est pas fréquent et probablement en rapport avec une lésion diffuse du parenchyme du fait d'une infection ou d'une intoxication.

Au point de vue du diagnostic différentiel, il faut songer aux affections du cœur qui déterminent une stase importante et qui d'ailleurs s'accompagnent de cyanose et de dyspnée qui n'existent pas dans l'endophlébite oblitérante. Les stases de la veine porte, provoquées notamment par la cirrhose de Laennec, ont des symptômes assez différents. Les cirrhoses cholangitiques, la maladie de Banti, la syphilis hépatique sont également assez faciles à éliminer, de même que les compressions ou les thromboses chroniques de la veine porte.

La maladie dure des mois, peut-être même des années. La formation d'une circulation collatérale influe assez sur la durée de la maladie pour que la guérison clinique soit observée. La mort survient par infection intercurrente ou par lésions étendues du foie, surtout si le processus endophlébitique s'étend rapidement aux vaisseaux principaux avec formation secondaire des thromboses.

Quelques auteurs, comme Moor, en font une extension du processus normal d'oblitération du canal d'Arrantius jusqu'aux veines du foie. On a constaté quelquefois des malformations au niveau de l'embouchure des veines du foie dans la veine sus-hépatique. Mais bien souvent les lésions commencent dans les plus petites veines hépatiques. Un facteur mécanique interviendrait selon certains auteurs, comme Kretz, pour qui la toux entraînerait, dans certaines conditions, au niveau des veines du foie, des lésions suivies de cicatrices exubérantes. Mais cette théorie est passible des mêmes objections que celle de Moor. La plupart des auteurs font intervenir un facteur toxi-infectieux et notamment la syphilis. Mais jusqu'ici cette maladie n'a été constatée que dans 6 cas d'endophlébite, D'ailleurs. l'endophlébite est beaucoup trop rare pour qu'on puisse reconnaître à la syphilis un rôle important. En somme, il paraît probable à S. que l'étiologie de cette maladie est complexe, qu'il doit exister une prédisposition ou une lésion acquise sur laquelle viennent se greffer des phénomènes toxi-infectieux.

La thérapeutique aura à envisager d'abord la syphilis si elle intervient, puis à évacuer le transsudat ou à stimuler la diurèse notamment par les préparations mercurielles accompagnées de sels acidifiants selon la méthode de Saxl et Erlsbacher. S. qui n'a rien obtenu par cette dernière méthode fait remarquer que Grossmann est arrivé à de bons résultats en injectant les préparations mercurielles non pas dans la fesse mais dans le deltoïde, c'est-à-dire dans une région drainée par la veine cave supérieure.

P.-E. Morhardt.

ZEITSCHRIFT für TUBERKULOSE (*Leipzig*)

G. Grundner. *Des méthodes nouvelles de traitement des cavernes tuberculeuses* (*Zeitschrift fur Tuberkulose*, tome LIV, no 6, Octobre 1929). — De tout temps, l'attention des phtisiologues s'est portée sur le problème de la guérison locale des cavernes qui varie avec certaines conditions : infection secondaire, drainage bronchique plus ou moins complet, existence d'adhérences pleurales. G. a entrepris le traitement de 154 porteurs de cavernes ayant tous une expectoration bacillifère ; après traitement, 73 pour 100 n'ont plus craché de bacilles et plus de 80 pour 100 n'ont plus présenté de signes cliniques ni radiologiques de spélonque. La radiothérapie a été la première méthode employée à raison de séances d'une durée de 2 à 10 minutes, Sur les 29 cas ainsi traités, 24 se sont trouvés nettement améliorés, sans qu'aucun accident fâcheux n'ait été observé.

50 autres malades ont subi un pneumothorax. Dans la moitié des cas, celui-ci s'accompagna d'un épanchement. Sur 20 malades on put réaliser un pneumothorax total et sur 30 une compression partielle. Dans 38 cas, les bacilles disparurent de l'expectoration.

On pratiqua la phrénicectomie sur 65 malades, sans se limiter à ceux dont les cavernes siégeaient à la base du poumon, l'opération semblant avoir d'excellents résultats aussi bien dans le cas de spélonques de la partie moyenne que du sommet Cette dernière méthode fut combinée avec l'irradiation pulmonaire. Contrairement à l'opinion de nombreux auteurs, les résultats favorables de cette thérapeutique furent contrôlés de 1 à 4 ans après l'intervention.

Dans les cas où les différents traitements ci-dessus échouèrent, G. a tenté la thoracoplastie, particulièrement dans les cas où les cavernes, maintenues par des adhérences solides, ne se prêtaient pas au collapsus complet. Sur les 9 malades ainsi traités, 6 furent guéris cliniquement et radiologiquement; 1 malade mourut des suites opératoires.

G. enfin a associé assez fréquemment l'opération de Jakobæus au pneumothorax. Par contre, il n'a pas eu l'occasion de pratiquer l'oléothorax ni le plombage des cavernes.

G. Basch.

Hermannsdorfer. *Le traitement diététique pré- et post-opératoire au cours de la chirurgie de la tuberculose pulmonaire* (*Zeitschrift für Tuberkulose*, tome LV, no 1, 1929). — Les tendances modernes de la chirurgie de la tuberculose ne doivent pas faire oublier l'importance du régime.

H., dont le point de départ concorde avec celui de Gerson, a cependant évité les exagérations de ce dernier. Il semble en effet qu'il ne s'agisse pas tant du volume des aliments ingérés et de leur richesse en calories, mais qu'il faille porter une attention toute spéciale sur la composition éclectique des menus quotidiens.

A l'appui de cette opinion, il cite des observations qu'illustrent de belles radiographies d'où il ressort que la cure de régime a permis de pratiquer soit une thoracoplastie, soit un plombage des cavernes, dans des cas de tuberculose bilatérale où de telles interventions n'auraient pu être pratiquées.

Dans une autre série de faits, la même méthode a amélioré considérablement les suites opératoires dans des cas où les interventions n'avaient donné aucun résultat favorable.

H. ne donne aucun détail sur sa méthode exposée longuement dans d'autres travaux; il rappelle simplement l'importance qu'il attribue aux albumines, aux graisses, aux hydrates de carbone et aux minéraux. Mais sa méthode exige une préparation très soignée des aliments afin d'obvier au dégoût auquel se sont heurtés ceux qui ont voulu l'appliquer.

H. enfin se défend d'avoir découvert la panacée de la tuberculose, comme on a voulu le lui faire dire dans la grande presse.

G. Basch.

WIENER MEDIZINISCHE WOCHENSCHRIFT

Freud. *Cure d'engraissement par ingestion d'insuline* (*Wiener medizinische Wochenschrift*, tome LXXIX, no 37, 7 Septembre 1929). — L'administration d'insuline *per os* a été l'objet de nombreuses discussions, les auteurs se fondant sur sa résorption médiocre par l'intestin. Il semble néanmoins que cette absorption soit réelle, quoique beaucoup plus lente que par voie sous-cutanée, d'où la nécessité de vérifier la chute de la glycémie à plusieurs reprises et un certain temps après l'absorption de l'insuline en pilules.

F. a envisagé uniquement la cure d'engraissement chez des nourrissons, chez des enfants et chez des adultes. La courbe d'augmentation de poids n'est pas uniformément ascendante, mais subit des oscillations avec crochet de descente après chaque ascension brusque. Les résultats sont précoces, l'augmentation de poids pouvant se constater dès les premiers jours. La cure a été prolongée pendant 8 semaines, au bout desquelles il ne semble pas y avoir avantage à continuer le traitement. Après la cure, le malade présente une légère perte de poids, rapidement compensée par la suite. F. eut des résultats particulièrement brillants chez des nourrissons hypothrepsiques et anorexiques. Sur un total de 77 cas, il n'a observé que 4 insuccès.

G. Basch.

Blatt. *Troubles névropathiques et paralysies oculaires après rachianesthésie* (*Wiener medizinische Wochenschrift*, tome LXXIX, no 44, 26 Octobre 1929). — Parmi les inconvénients auxquels donne lieu l'anesthésie par voie rachidienne, l'apparition d'une paralysie oculaire ne constitue pas une rareté. B. en a relevé 97 observations; mais, à son avis ce chiffre est au-dessous de la vérité, un grand nombre d'accidents de ce genre n'ayant pas été communiqués.

C'est de 3 à 21 jours après l'anesthésie qu'apparaissent les premières paralysies. Leur durée, très variable, va de 10 jours à 7 mois. Elle est même parfois plus considérable. Les 3 derniers cas observés par B. concernent des malades présentant un état névropathique léger et chez lesquels la rachicocaïnisation fut pratiquée pour une intervention bénigne.

La pathogénie de ces troubles est discutée, la plupart des auteurs l'attribuant à des hémorragies succédant aux modifications de pression du liquide céphalo-rachidien. Mais l'existence de ces hémorragies n'a nullement été confirmée et Forgue a incriminé la persistance de l'écoulement du liquide céphalo-rachidien à travers le pertuis de l'aiguille. La toxicité propre de l'anesthésique a été invoquée avec plus de vraisemblance.

B. suppose une fragilité particulière du système nerveux des sujets à « tempérament névropathique » les prédisposant à de semblables paralysies, sous l'action d'un médicament inoffensif pour des sujets normaux. Il y aurait lieu, selon lui, d'ajouter aux contre-indications déjà existantes de la méthode celle des états névropathiques.

G. Basch.

KYMOSINE ROGIER

A base de FERMENT LAB ET SUCRE DE LAIT PURIFIÉS

Ferment naturel sélectionné pour le Régime lacté

Rend le lait de vache absolument digestible facilite la digestion du lait de femme chez le nouveau-né.

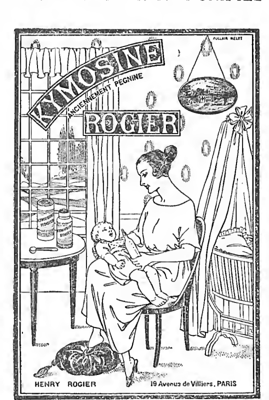
CHEZ L'ADULTE
Dans tous les cas où le régime lacté est nécessaire:
Affections du Cœur, du tube digestif, des Reins, Albuminurie, Artériosclérose.

CHEZ L'ENFANT
Vomissements, Gastro-entérite, Athrepsie, Choléra infantile.

Mode d'emploi : Pour le lait de vache, une cuillerée-mesure dans 200 c.c. de lait tiédi à 40°; agiter vigoureusement jusqu'à disparition du caillot.

Pour le lait de femme : Une pincée de Kymosine dans une cuillerée à café d'eau ou de lait de la nourrice avant chaque tétée.

HENRY ROGIER
Docteur en Pharmacie,
Ancien interne des hôpitaux de Paris.
56, Boulevard Péreire — PARIS



Anti-Anaphylaxie curative des Maladies chroniques

Entéro-Antigènes

Préparés d'après la méthode et suivant les procédés de M. le Prof. J. DANYSZ, *de l'Institut Pasteur*

INDICATIONS :

1° **MALADIES DE L'INTESTIN.**
Constipations chroniques, diarrhées, intoxications alimentaires, dyspepsies, colites, entérocolites mucomembraneuses, dysenteries microbiennes (Shiga, Flexner, etc.), suites de dysenterie amibienne, etc., appendicite chronique et tous les troubles fonctionnels de l'intestin.

2° **ASTHME, RHUME DES FOINS, EMPHYSÈME, DYSPNÉE** provoquée par certaines odeurs, certaines substances alimentaires, les changements de température, etc.

3° **ADÉNOPATHIE TRACHÉO-BRONCHIQUE** d'origine intestinale.

4° **NEURASTHÉNIES, MIGRAINES.**

5° **AFFECTIONS DU FOIE.**
Insuffisances hépatiques et polyglandulaires. Cholécystites.

6° **MALADIES DE LA PEAU.**
Eczémas chroniques, urticaires, prurits généralisés ou localisés (anal. vaginal, etc.), prurigo de Hébra, psoriasis, furonculose, acné juvénile, folliculites, sclérodermie, etc., etc.

7° **RHUMATISMES CHRONIQUES.**

8° **TROUBLES DE LA MÉNOPAUSE.**

9° **LEUCORRHÉES.**

10° **DYSMÉNORRHÉES.**

11° **CYSTITES A COLIBACILLE.**

12° Et dans tous les cas de **DYSHARMONIE ENDOCRINIENNE,** soit par excès, soit par insuffisance.

Présentation : Boites de 10 ampoules de 1 cc. — **DEUX FORMES** : ampoules à **BOIRE** et ampoules à **INJECTER.**

Laboratoires DUCATTE, 31, Rue des Francs-Bourgeois -:- PARIS

REVUE DES JOURNAUX

ANNALES DE MÉDECINE
(Paris)

Fr. Combemale, Ch. Gernez et A. Breton (Lille). ***La cure insulinique d'engraissement dans la tuberculose pulmonaire*** (*Annales de Médecine*, tome XXVI, nº 5, Décembre 1929). — C., G. et B. ont appliqué cette cure à 32 malades tuberculeux, en général peu évolutifs, apyrétiques pour la plupart et présentant un poids stationnaire depuis au moins deux mois. Tous ces malades ont été suivis attentivement, pendant et après le traitement.

L'étude de ces cas montre que l'insuline ne doit pas être systématiquement administrée à tous les tuberculeux. Elle doit être rigoureusement proscrite chez les malades évolutifs, subfébriles, ou à température instable, chez les sujets atteints de tuberculose à forme hémoptoïque.

D'autre part, l'insuline ne doit pas être administrée à doses trop importantes : en règle générale, la dose optimum est de 30 unités par jour (en 2 injections) ; les doses de 45 et 60 unités paraissent inutiles et même dangereuses. Enfin, il n'y a pas intérêt à trop multiplier les cures chez un même malade, ni à prolonger la durée de ces cures au delà de 15 jours ou 3 semaines.

Les malades soumis à l'insulinothérapie doivent être attentivement surveillés et le traitement immédiatement interrompu s'il apparaît le moindre incident : il faut surveiller notamment la température et la tension artérielle.

La cure d'insuline détermine, chez la plupart des tuberculeux bien stabilisés, un engraissement coïncidant avec une amélioration manifeste de la nutrition et une action eutrophique remarquable. Mais elle provoque parfois, même chez des malades apparemment stabilisés, des accidents redoutables et peut déterminer l'apparition de poussées évolutives d'une extrême gravité. A noter la possibilité d'apparition d'accidents hémorragiques généraux et locaux, d'hyperthermie, de réactions focales parfois graves, d'hypotension artérielle portant surtout sur la maxima.

Dans quelques cas, des rétentions hydriques transitoires constituèrent de pseudo-engraissements éphémères. L. Rivet.

ARCHIVES MÉDICO-CHIRURGICALES DE L'APPAREIL RESPIRATOIRE
(Paris)

E. Sergent et N. Stoichitza (Bucarest). ***Le syndrome pseudo-cavitaire dans les scléroses pleuro-pulmonaires avec déviation de la trachée*** (*Archives médico-chirurgicales de l'Appareil respiratoire*, tome IV, nº 4, Juillet 1929). — L'emploi de la radiologie dans l'exploration de l'appareil respiratoire est venu apporter des précisions pour le diagnostic de la localisation, de la forme et de l'étendue des lésions. Elle a permis de mettre en évidence les cavernes pulmonaires absolument silencieuses et, d'autre part, de constater que certains syndromes stéthoscopiques, ayant les caractères attribués par Laennec au syndrome cavitaire, ne correspondent pas à une caverne pulmonaire Il s'agit de syndromes pseudo-cavitaires par déviation de la trachée due à une sclérose pleuro-pulmonaire rétractile.

Ce syndrome est surtout fréquent dans les scléroses rétractiles cicatricielles de nature tuberculeuse. S. et S. rapportent 17 cas et estiment que la tuberculose est la cause de ces manifestations dans 85 pour 100 des cas. Dans 15 pour 100 des cas, il s'agit de sclérose non tuberculeuse. Dans 2 observations, il s'agit de dilatation des bronches unilatérales, d'étiologie indéterminée, à évolution lente et torpide. Dans une 3e, il s'agit de sclérose pulmonaire syphilitique.

Le bon état général, le peu d'importance de l'expectoration qui est quelquefois absente, l'absence de fièvre attirent l'attention et font suspecter le diagnostic de caverne pulmonaire posé d'abord.

Les déformations thoraciques — l'affaissement des côtes qui apparaissent imbriquées surtout dans leur partie antérieure, leur obliquité plus prononcée, le rétrécissement des espaces intercostaux, la scoliose à concavité du côté de la rétraction — font faire le diagnostic de rétraction totale ou partielle d'une moitié du thorax. L'examen radiologique permet de préciser la déformation ; il montre la réduction ou la suppression de la « fenêtre sus-claviculaire », le profil pointu de l'apex, la scoliose cervico-dorsale, et surtout la déviation de la trachée, qui est le facteur dominant et qui est due à la sclérose rétractile sur le médiastin antérieur.

Cette sclérose rétractile est le plus souvent pulmonaire et la conséquence d'une évolution cicatricielle. Dans 14 cas, avec la sclérose pulmonaire coexistait une symphyse pleurale. Cette symphyse pleurale s'est faite spontanément dans 6 cas. Dans 6 autres, elle est survenue après le pneumothorax artificiel, 1 fois après la thoracoplastie, 1 fois à la suite d'un pyopneumothorax spontané, traité par ponctions évacuatrices suivies d'injections d'huile goménolée ; elle constitue une des modalités de la guérison cicatricielle de la tuberculose pulmonaire.

Robert Clément.

LE NOURRISSON
(Paris)

A.-B. Marfan (Paris). ***La maladie cœliaque*** (*Le Nourrisson*, an. XVII, nº 6, Novembre 1929). — La maladie cœliaque est une affection chronique de l'enfance qui se manifeste par trois symptômes principaux : 1º une diarrhée chronique ou intermittente, avec émission habituelle de selles riches en graisse ; 2º une intumescence abdominale considérable ; 3º une dénutrition très accusée avec arrêt du développement, du poids et de la taille. Il convient d'ajouter qu'elle a une très longue durée ; celle-ci est toujours de plusieurs années.

Cette affection a été séparée des autres diarrhées de l'enfance par le médecin anglais Samuel Gee en 1888. Les travaux de Herter et de Heubner ont le plus contribué à la faire connaître. Le premier de ces deux auteurs lui donnait le nom d'*infantilisme intestinal*, mais M. estime l'appellation de « maladie cœliaque » plus justifiée.

Cette maladie est assez rare. En 1926, on n'en connaissait que 85 cas, dont 70 recueillis en Angleterre et 15 en Amérique. En France, elle est exceptionnelle. Rohmer (de Strasbourg) en a observé 2 cas, de même que M.

Ces deux derniers sont publiés en détail dans le présent travail. Le premier est une maladie cœliaque reconnue chez un enfant dont le développement pondéral, statural et intellectuel était complètement arrêté ; la réaction de Wassermann était positive et l'on obtint une amélioration par le traitement spécifique. Le deuxième est une maladie cœliaque compliquée de tétanie et très améliorée par l'application des rayons ultra-violets ; dans ce dernier cas, la réaction de Wassermann était négative, mais il y avait des signes de présomption de syphilis.

La maladie cœliaque est une affection de l'enfance qui débute habituellement au cours de la seconde année, mais les sujets qui en sont atteints ne sont guère soumis à l'observation médicale avant 4 ou 5 ans. Cette maladie risque d'être méconnue si l'on n'en connaît pas bien les symptômes longuement décrits par M., qui étudie successivement la diarrhée de cette maladie, les troubles digestifs, le météorisme, l'anémie et les altérations du sang, les troubles musculaires et nerveux, les troubles de la nutrition, l'arrêt de la croissance, les altérations du squelette.

La mortalité est évaluée différemment selon les auteurs ; elle serait de 50 pour 100 pour Knöpfelmacher, de 11 pour 100 pour Schaap.

Les autopsies, qui ont été pratiquées au nombre d'une douzaine, n'ont révélé aucune altération constante. Les causes et la nature de la maladie ne sont pas encore connues. Aussi le traitement reste-t-il surtout empirique. G. Schreiber.

PARIS MÉDICAL

E. Sergent et R. Benda (Paris). ***Les gommes syphilitiques du poumon et leur diagnostic radiologique*** (*Paris médical*, tome XX, nº 7, 15 Février 1930). — La syphilis tertiaire du poumon — en particulier sous la forme de gomme solitaire — est plus fréquente qu'on ne le croyait autrefois. Et il est permis de penser que ces gommes apparaîtraient encore comme moins exceptionnelles si l'on pratiquait systématiquement l'examen radiologique du thorax de tous les syphilitiques tertiaires traités dans les services de vénériens.

La gomme syphilitique solitaire du poumon affecte les caractères anatomiques suivants : elle est de forme arrondie, quelquefois un peu bosselée, atteignant le volume d'un pois à celui d'une mandarine, occupant de préférence la base ou la partie moyenne du poumon ; ses contours sont représentés par une coque fibreuse et blanchâtre plus ou moins épaisse. D'abord homogène dans cette coque fibreuse, elle se désagrege en vieillissant, son contenu se réduit en une bouillie grumeleuse ou en une matière gélatineuse, qui peut s'évacuer dans une bronche adjacente en donnant lieu à une caverne ou plutôt à une cavernule syphilitique. D'autres fois, la partie centrale de la gomme, d'abord caséifiée, se résorbe par phagocytose. Elle est remplacée par un tissu conjonctif lâche et peu vascularisé, représentant un stade de sténose molle auquel succède finalement une cicatrice blanche, rétractile et étoilée. On se trouve alors en présence d'une gomme guérie, avec ses prolongements stellaires, irradiant, parfois très loin, jusqu'à la plèvre.

Or, l'exploration radiologique est fort capable de traduire ces différentes formes évolutives de la gomme pulmonaire : les caractères radiologiques se superposent exactement aux caractères anatomiques et, suivant le moment de son évolution, la gomme solitaire du poumon affecte, sur l'écran ou sur les clichés radiologiques, les aspects suivants : 1º *image arrondie* (gomme à sa phase de début) ; 2º *image cavitaire* (gomme plus évoluée, dont le contenu a pu s'évacuer partiellement dans une bronche adjacente) ; 3º *image cicatricielle*, nodulaire ou étoilée (gomme guérie).

Cependant, il faut toujours se souvenir qu'une image radiologique, quelle qu'en puisse être la précision, n'a qu'une signification purement morphologique et topographique ; elle n'a jamais une signification de nature et ne saurait permettre à elle seule d'établir un diagnostic étiologique. Les images radiologiques « obrondes », cavitaires ou cicatricielles, dont il vient d'être question, peuvent, en effet, se rencontrer avec des caractères tout à fait identiques dans divers cas de tumeurs kystiques du poumon, de sarcomes métastatiques, d'infarctus, d'hématomes sous-pleuraux, de cavernes ou d'abcès. Le diagnostic de la nature de ces images de gommes syphilitiques ne pourra donc être fixé que par la constatation de signes et de stigmates révélés par l'enquête clinique et par les résultats du traitement spécifique d'épreuve.

Suivent 6 observations 2 de gommes ouvertes, 4 de gommes non ulcérées du poumon, accompagnées de radiographies. J. Dumont.

GAZETTE DES HOPITAUX
(Paris)

L. Babonneix. ***L'arriération intellectuelle est souvent due à l'hérédo-syphilis*** (*Gazette des Hôpitaux*, tome CIII, nº 1, 1er Janvier 1930). — Sur environ 200 cas d'encéphalopathie infantile avec arrié-

ration mentale, B. en trouve 50 où le rôle de l'hérédo-syphilis peut être envisagé.

Dans un premier groupe de faits, l'hérédo-syphilis semble être la seule cause pathogène que l'on puisse incriminer. Les raisons d'ordre clinique qui font penser à l'hérédo-syphilis sont souvent l'existence de lésions dentaires et surtout les dents d'Hutchinson; quelquefois la présence de lésions osseuses, comme une ostéite des os du nez, une exostose du fémur; d'autres fois des symptômes de syphilis oculaire, kératite interstitielle, signe d'Argyll-Robertson; dans d'autres cas, ce sont des testicules gros et durs, une hépato-splénomégalie, une malformation cardiaque qui attireront l'attention. A ces signes cliniques, il faut ajouter les réactions sériques positives soit chez l'enfant, soit chez les parents. Enfin, les antécédents héréditaires de syphilis avérée ou de syphilis nerveuse permettent d'étayer le diagnostic étiologique de quelques cas, de même que l'existence de lésions anatomiques gommeuses.

Un deuxième groupe comprend les cas où, à l'hérédo-syphilis, s'associait un traumatisme obstétrical.

Lorsque l'hérédo-syphilis existe seule, indépendamment de toute autre cause morbide, chez les enfants atteints de troubles intellectuels ou effectifs, on ne peut la considérer comme une coïncidence et on est obligé de lui faire jouer un rôle actif dans la production des accidents.

Lorsqu'à l'hérédo-syphilis s'associent d'autres causes et particulièrement des troubles obstétricaux, elle intervient encore, car elle est seule capable d'expliquer des signes concomitants comme une malformation cardiaque, une kératite interstitielle, des éruptions cutanées ou muqueuses précoces.

Robert Clément.

JOURNAL DES PRATICIENS

(*Paris*)

G. Béal et C. Levaditi. ***Recherches sur la vaccination dans la pyorrhée alvéolaire, les chimio-accidents d'éruption des dents et les affections aiguës et chroniques naso-pharyngées, par un chimio-vaccin arséno-spirillaire*** (*Journal des Praticiens*, tome XLIII, n° 46, 16 Novembre 1929). — La pyorrhée alvéolaire reconnaît comme principal facteur étiologique une flore microbienne composée surtout de spirochètes associés à d'autres germes saprophytes de la cavité buccale, mais, en outre, le terrain est un facteur prédisposant qui s'ajoute à cette flore pour la favoriser et en exagérer les effets nocifs. Pour Fischer, le streptocoque joue aussi un rôle très important. Les sels arsenicaux, tels que l'atoxyl, les arsénobenzènes, les dérivés arsiniques et les sels de bismuth ont une action spirochéticide. B. et L. pensent que ces médicaments agissent par suite des transformations subies dans l'organisme en exagérant l'activité microbicide des anticorps ou encore des éléments cellulaires qui élaborent ces anticorps.

Ils ont associé un sel de l'acide arsinique et un antigène préparé avec la flore microbienne cultivable de la pyorrhée alvéolaire pour combiner les bons effets de la vaccinothérapie locale à ceux de l'arsenic dans le traitement de la pyorrhée alvéolaire.

Ils ont réussi à cultiver sur le milieu de Swift un staphylocoque, une variété de streptocoque anaérobie et un spirochète dont les caractères morphologiques correspondent à ceux du *Treponema microdentium* (Noguchi). Ces cultures mixtes, totales, âgées de 15 à 20 jours, sont stérilisées par tyndalisation, puis diluées avec de l'eau salée physiologique et additionnées de sels sodiques de l'acide acétyloxyaminophénylarsinique à une concentration convenable, stérilisées à nouveau et mises en ampoules.

Les auteurs utilisent aussi un vaccin sec, desséché dans le vide sulfurique, en suspension dans un liquide épais, pour application locale.

Ce chimio-vaccin est uniquement employé en applications locales, qui doivent être faites le plus loin possible du repas suivant et répétées tous les 2 ou 3 jours suivant les cas.

Si le traitement est appliqué méthodiquement, la pyorrhée disparaît souvent en quelques semaines, en tous cas en quelques mois.

Dans les accidents infectieux de l'éruption des dents, en particulier de la dent de sagesse, les injections de chimio-vaccin sous les capuchons infectés atténuent les accidents locaux qui disparaissent souvent en quelques jours sans autre intervention

L'instillation nasale est aussi très efficace dans les infections rhino-pharyngées aiguës.

Robert Clément.

LE JOURNAL DE MÉDECINE DE LYON

R. Rendu. ***Cérébellite varicelleuse*** (*Le Journal de Médecine de Lyon*, tome X, n° 238, 5 Décembre 1929). — R. rapporte l'observation d'une fillette de 6 ans atteinte d'otite moyenne suppurée chronique datant de 3 ans 1/2 avec adénoïdite. A la suite de l'intervention adénoïdienne, survint une varicelle discrète avec quelques jours de fièvre. Durant la convalescence de la varicelle, apparut un syndrome cérébelleux avec vertiges, nausées et vomissements, torpeur, impossibilité même de s'asseoir dans le lit, asynergie, parole lente et difficile, bradycardie. La ponction lombaire ne montra ni hypertension, ni leucocytose; il n'y avait ni œdème papillaire, ni nystagmus, ni paralysie oculaire.

Malgré l'absence de température, on porta le diagnostic d'abcès cérébelleux, mais les parents refusèrent l'opération et l'état s'améliora spontanément pour aboutir à une guérison complète.

On peut rapprocher ce cas des méningites et encéphalites varicelleuses toujours bénignes, rapportées par Galli, et des observations d'encéphalites apparaissant au cours des diverses maladies éruptives ou infectieuses.

On peut se demander s'il s'agit d'une inflammation spécifique, cérébellite varicelleuse, ou d'une encéphalite épidémique « libérée » ou déclenchée par une autre maladie.

Robert Clément.

REVUE SUD-AMÉRICAINE DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE

(*Paris*)

Annes Dias (Porto Alegre, Brésil). ***Monocytose aiguë; leucémie monocytaire*** (*Revue Sud-Américaine de Médecine et de Chirurgie*, tome I, n° 1, Janvier 1930). — L'auteur relate l'observation d'une fillette de 6 ans qui présenta, en Septembre 1928, une angine nécrotique aiguë fuso-spirillaire; puis survinrent des épistaxis, des poussées fébriles, une anémie progressive. En Octobre, l'examen du sang indiquait 1.360 000 globules rouges, avec 3 750 blancs avec mononucléose; le 9 Novembre, 840 000 globules rouges, avec 15 p. 100 d'hémoglobine, et 4.030 blancs avec mononucléose, quelques myélocytes et hématies nucléées. L'examen attentif des leucocytes montra un pourcentage de monocytes de 48,5 pour 100. La mort survint le 15 Décembre, en dépit d'une transfusion. A noter que, le 11 Novembre, la recherche des spirilles dans l'urine s'était montrée positive.

Dans ce cas, le caractère pernicieux de l'anémie est indiscutable; la proportion élevée de monocytes, jointe à la leucopénie et aux autres altérations leucocytaires, permet de poser le diagnostic d'état subleucémique; l'évolution aiguë de la maladie, le caractère des modifications sanguines, l'association de phénomènes nécrotiques bucco-pharyngés, la diathèse hémorragique amènent au diagnostic clinique de leucémie aiguë monocytaire.

A ce propos, D. reprend l'histoire des monocytes et monocytoses, des monocytoses leucémiques et aleucémiques, des relations de la leucémie aiguë et de l'angine nécrotique. Il expose la question d'actualité de l'angine monocytaire.

« L'angine monocytaire peut être le prélude d'une leucémie aiguë. Souvent, il s'agit d'une angine de Vincent. Celle-ci est due à un spirochète et non pas à une association fuso-spirillaire. Bacille fusiforme et spirochète de Vincent sont deux aspects d'un même micro-organisme.

« Il semble exister une relation de cause à effet entre certaines leucémies aiguës et certains agents pathogènes. La réaction monocytaire semble moins dépendre de la constitution de l'individu que de la nature du germe en cause. Les cas de leucémie aiguë consécutive à l'injection des arsénobenzènes semblent dépendre de la réactivation des tréponèmes plutôt que de l'action toxique desdits médicaments. »

L. Rivet.

LA CLINICA CHIRURGICA

(*Milan*)

Prof. Rossi et I. Scalone (Milan). ***Les résultats de la résection de l'estomac pour ulcère gastrique et duodénal*** (*La Clinica chirurgica*, N. S., an. V, fasc. 9, Septembre 1929). — Le traitement de l'ulcère gastro-duodénal, quoique disposant de ressources très encourageantes, n'est pas actuellement au point, et cela tient à l'obscurité qui règne encore sur l'étiopathogénie de la maladie ulcéreuse.

Les soins médicaux ne peuvent être efficaces que tout à fait au début. La gastro-entérostomie, bénigne, se montre, dans de nombreux cas, insuffisante, même complétée par l'exclusion pylorique et l'excision de l'ulcère. La gastro-pylorectomie, plus grave, mais en général radicale, doit répondre au reproche de troubler la physiologie gastrique; expérimentalement, ses conséquences sont encore à étudier méthodiquement, mais, pratiquement, les résultats fonctionnels obtenus sont bons.

R. et S. envisagent les indications thérapeutiques posées par chaque cas.

Dans les cas au début, le traitement médical doit toujours être tenté et peut réussir. La survenue d'une complication (par exemple, l'hémorragie diffuse aiguë) indique la résection large.

Quand l'ulcère est nettement constitué et déjà chronique ou calleux, la résection est le procédé de choix (mortalité actuelle pas supérieure à celle de la gastro-entérostomie; guérison définitive dans 90 pour 100 des cas), justifié davantage encore par le risque d'ulcère peptique (qui invite à faire une résection large) et de transformation cancéreuse de la lésion.

Dans l'estomac en sablier, R. et S. sont partisans de la résection du sac inférieur et du terrain de l'ulcère; les difficultés opératoires dues aux adhérences étendues seront d'autant moindres que l'intervention sera plus précoce.

Dans l'ulcère hémorragique, l'indication d'une résection ample est décisive; le moment favorable est à apprécier dans chaque cas.

Dans l'ulcère perforé en péritoine libre, la résection est encore indiquée si la perforation vient de se faire; mais la gravité s'accroît au fur et à mesure que la complication est plus ancienne. Il faut apprécier les conditions locales, la résistance du sujet, et souvent se borner à parer à l'urgente nécessité, en remettant à plus tard une intervention radicale.

Dans l'ulcère peptique, jéjunal, résection de la bouche, de l'anse jéjunale et de la paroi gastrique; anastomose en Y.

Il faut pourtant souligner que la gastrectomie est une intervention difficile et complexe, dont le succès exige un chirurgien expérimenté, des aides entraînés, un matériel parfait; si ces conditions ne sont pas remplies, il vaut mieux ne l'employer que dans les cas de nécessité. De son côté, la gastro-entérostomie peut donner d'excellents résultats définitifs dans les cas de cicatrice sténosante, d'ulcère duodénal chronique; elle doit être utilisée chez les sujets affaiblis, qui pourront ultérieurement supporter une résection.

A l'heure actuelle, en escomptant encore les progrès à réaliser sur la narcose, la technique, la connaissance du moment opportun de l'intervention, on peut considérer la gastrectomie large comme l'intervention de choix. Elle n'en reste pas moins un procédé thérapeutique empirique et mutilant aussi bien physiologiquement qu'anatomiquement.

André Guibal.

TUMORI

(Rome)

S. Dentici, A. Moratti, P. Pattarin (Milan). *Le plomb colloïdal dans le traitement des tumeurs malignes* (*Tumori*, an. XV, s. 11, tome III, fasc. 6, Novembre-Décembre 1929). — Après essai de la saturnothérapie chez 25 cancéreux, les auteurs ont obtenu, sur 18 cas suivis à longue échéance, 1 guérison, 1 amélioration durable, 2 améliorations temporaires et 14 échecs.

Ils reconnaissent donc la possibilité de résultats favorables, mais estiment que ce procédé de traitement n'est pas sûr.

En effet, s'ils n'ont eu à enregistrer aucun décès dû à l'intoxication aiguë ou chronique par le plomb, ils ont du moins enregistré des accidents tels qu'ils obligèrent plusieurs fois, dans la crainte d'une issue fatale prématurée, à interrompre le traitement. Dans cette crainte, il importe de surveiller attentivement les modifications de la crase sanguine, la diminution du nombre des globules rouges et du taux d'hémoglobine, les lésions hépatiques (pouvant aller de l'hépatite interstitielle à la dégénérescence graisseuse), les symptômes révélant des lésions graves gastro-intestinales ou, plus rarement, rénales et nerveuses. En outre, la possibilité d'idiosyncrasies particulières constitue une inconnue menaçante; quant aux altérations profondes de l'état général, elles créent une contre-indication formelle.

Leur expérience personnelle a montré à D., M. et P. la faible distance qui sépare, dans la saturnothérapie du cancer, les doses thérapeutiques des doses toxiques. D'où, nécessité d'une observation minutieuse des symptômes et des modifications du sang et de l'urine, et importance de ne pratiquer, à l'heure actuelle, la saturnothérapie que dans des formations cliniques ou hospitalières parfaitement organisées, pourvues de laboratoires bien outillés.

Les 2 résultats heureux obtenus doivent être interprétés avec la plus grande circonspection, puisqu'il n'y eut, dans l'un ni dans l'autre, de biopsie possible.

Dans les 2 cas où de bons effets transitoires furent observés, D., M. et P. admettent, avec Fichera, que, à la suite de l'action stimulante du plomb sur le système réticulo-endothélial et sur le système hémato-poïétique, il a pu y avoir augmentation passagère du pouvoir antiblastique. A ce propos, ils rappellent l'intérêt des récentes expériences de Slosse et Reding qui expliquent l'action favorable des ions magnésium, cuivre, plomb, bismuth sur les tumeurs par leur influence sur le terrain et sur le néoplasme; et ils font remarquer qu'on a noté la stimulation temporaire des fonctions hématopoïétiques de la moelle osseuse par certaines substances telles que l'arsenic, le plomb, le mercure.

Dans les autres cas, il faut retenir : l'absence d'affinité du plomb pour les cellules tumorales; l'active prolifération de ces cellules à la périphérie des foyers primitifs et métastatiques; l'absence de régression histologique de la tumeur; les dangers d'intoxication — ce qui enlève beaucoup de valeur à l'efficacité pratique éventuelle de la saturnothérapie.

André Guibal.

IL POLICLINICO [Sezione pratica]

(Rome)

Bombi. *Syndrome de Raynaud par côte cervicale* (*Il Policlinico* [*Sez. pratica*], tome XXXVI, n° 42, 21 Octobre 1929). — Observation d'une jeune femme de 20 ans qui présenta un syndrome de Raynaud intéressant l'index, puis l'annulaire droit, et ayant abouti en moins d'un mois à une menace imminente de sphacèle. Absence de battements artériels sur toute la hauteur du membre, réapparition de ces battements au niveau de la sous-clavière; aucun trouble nerveux objectif, mais les crises ischémiques étaient accompagnées de douleurs très violentes. A la radiographie, double côte cervicale très développée.

L'opération montra en effet que l'artère axillaire, comprimée par la côte surnuméraire, prenait en aval d'elle l'aspect d'un cordon fibreux ne battant pas. Dès l'extirpation de la côte les battements reparurent. La guérison fut rapide.

Après avoir rappelé les divers accidents susceptibles d'être causés par les côtes cervicales, B. insiste sur la nécessité de porter un diagnostic précoce et d'opérer rapidement ces malades avant que des désordres anatomiques ne soient survenus.

F. Coste.

Carusi. *L'épreuve de Calvert dans les maladies des reins.* (*Il Policlinico* [*Sez. pratica*], tome XXXVI, n° 42, 21 Octobre 1929). — L'examen fonctionnel des reins sains ou malades reste un problème ardu qu'on s'efforce de résoudre par l'étude concomitante de diverses épreuves d'élimination : les plus employées sont celles de la polyurie aqueuse provoquée, de l'azoturie et de la chlorurie expérimentale.

Calvert a tenté de réunir en une seule ces trois épreuves fonctionnelles : les résultats obtenus par C. à l'aide de ce procédé d'exploration rénale lui paraissent supérieurs à ceux que donnent les autres méthodes.

F. Coste.

MINERVA MEDICA

(Turin)

Sossi. *Sur la nouvelle intradermo-réaction tuberculinique de Bruno Trambusti* (*Minerva medica*, tome II, n° 33, 18 Août 1929). — Le procédé de Trambusti consiste à préparer une dilution au 1/10 de tuberculine pure dans de l'eau distillée, formolée à 0,5 pour 100. Dans cette solution (que l'on peut conserver 5 jours en été, 10 jours en hiver) on trempe une aiguille d'un calibre de 7/10 mm. et on insère sa pointe sur une longueur de 5 mm. dans l'épaisseur du derme. S. publie des tableaux comparatifs d'où paraît résulter la supériorité de la réaction ainsi pratiquée sur celle de Pirquet. Elle a également sur celle de Mantoux l'avantage d'une plus grande simplicité.

F. Coste.

Antonioli. *Recherches sur la détermination des limites de la gangrène ischémique des membres inférieurs par la thermométrie cutanée* (*Minerva medica*, tome II, n° 33, 18 Août 1929). — Continuant des recherches publiées en 1927, A. est arrivé aux conclusions suivantes :

1° La prise de la température cutanée d'un membre inférieur atteint de gangrène ischémique peut aider efficacement à déterminer la limite supérieure de la zone mal irriguée.

2° La démarcation avec la zone saine est fournie par une bande d'hyperthermie annulaire qui révèle la réaction inflammatoire des tissus intacts au contact des tissus ischémiés en voie de nécrose : c'est ce que A. nomme « l'indice d'hyperthermie cutanée ».

3° Cette bande hyperthermique est de constatation constante : l'élévation peut atteindre 3°.

4° Elle est plus accentuée dans les gangrènes aiguës (succédant à une embolie) que dans les gangrènes lentes (par artériosclérose ou par artérite thrombosante). L'ampleur de la dénivellation thermique est plus grande si la gangrène est humide que si elle est sèche.

5° La recherche de ce signe doit être contrôlée à plusieurs reprises et durant plusieurs jours consécutifs.

6° Comparée aux autres procédés d'étude de la perméabilité artérielle, cette méthode semble fournir des renseignements plus exacts sur le niveau de la démarcation spontanée entre les tissus respectés et condamnés.

7° Il faut naturellement n'accueillir qu'avec prudence les renseignements fournis par toutes ces méthodes en raison de l'éventualité de thromboses ascendantes et progressives.

F. Coste.

Salotti. *Recherches radiologiques sur la douleur appendiculaire viscérale et sur sa correspondance avec les points « appendiculaires » pariétaux* (*Minerva medica*, tome XXII, n° 39, 29 Septembre 1929. — S. conclut de ses recherches radiologiques que les points douloureux dits appendiculaires n'ont qu'une valeur relative : souvent ils ne répondent pas à la pression sur l'organe malade, leur existence doit être attribuée à des causes diverses et parfois difficiles à définir.

La douleur objective du point appendiculaire peut ne pas se superposer à la douleur subjective d'origine viscérale. La douleur produite par la pression directe sur le viscère peut être distincte du point douloureux pariétal, en particulier dans les cas d'appendice ectopique ou très mobile. L'existence fréquente d'un réflexe apendiculogastrique complique encore l'interprétation de ces projections douloureuses au niveau de la paroi.

F. Coste.

KLINISCHE WOCHENSCHRIFT

(Berlin)

G. Noeggerath. *Observations et recherches sur l'épidémie de grippe de cette année* : 1) *le stade secondaire de la grippe chez les enfants* (*Klinische Wochenschrift*, tome VIII, n° 40, 1er Octobre 1929). — Les observations sur lesquelles est fondée cette étude clinique sont au nombre de 157. Elles montrent, selon N., que la grippe est diphasique, les deux périodes étant souvent séparées par quelques heures d'apyrexie. Parfois aussi ces deux phases se distinguent en ce que l'une est apyrétique et l'autre fébrile.

C'est surtout cette seconde phase que N. décrit et il remarque qu'on observe à ce moment-là des affections urogénitales, notamment une poussée de vulvo-vaginite non spécifique et parfois une réactivation de blennorragie latente ainsi que des pyélocystites. En outre, du côté de l'intestin, il survient des entérites hémorragiques et purulentes, des ulcères blennorragiques de la partie terminale du rectum, de la diarrhée ou de la constipation. Il se produit également de l'impétigo, des hydro-adénites, des stomatites, des inflammations de l'oreille moyenne, des laryngites simples ou pseudo-membraneuses, des bronchites, parfois fort difficiles à distinguer des lésions d'une poussée tuberculeuse, et, en somme, une transformation catarrhale, parfois purulente, des lésions généralement sèches qui s'observent pendant la première phase de la grippe.

N. ne croit pas que les lésions de la grippe secondaire réveillent jamais la tuberculose.

La circulation peut être manifestement faible et ce phénomène s'accompagne parfois d'adynamie générale surtout chez les nouveau-nés. La bradycardie est pour N. très fréquente et constitue un signe sûr de grippe, bien que, dans quelques épidémies, ce symptôme manque complètement. Du côté du sang, on constate parfois une légère anémie et surtout des modifications très importantes des globules blancs. D'abord, il y a leucopénie accompagnée de lymphopénie. En outre, on n'observe pas de déplacement vers la gauche de la formule d'Arneth. Les monocytes sont augmentés. Enfin les parois vasculaires sont anormalement perméables, ce dont témoignent les hémorragies des muqueuses et du rein observées fréquemment.

Les échanges aqueux sont troublés et on constate du pré-œdème et de l'exanthème urticarien. Parfois, au contraire, une élimination d'eau considérable et inquiétante.

Le foie est assez souvent augmenté de volume. Les autopsies ont montré que cette tuméfaction est due à une dégénérescence graisseuse. Dans quelques cas, on trouve la vésicule dépourvue de bile. D'autres fois, on observe de l'ictère. Il y a assez souvent splénomégalie dans la seconde phase, mais pas dans la première.

Des métastases septiques s'observent n'importe où, mais plus fréquemment dans les parties molles et dans la musculature. En ce qui concerne l'encéphalite grippale, elle commence avec la période secondaire. Dans un cas de N., une encéphalite, survenue au cours d'une première grippe, récidiva au cours

d'une seconde grippe. La névrose végétative, décrite notamment par Feer, s'observe également dans la seconde phase de la grippe et doit être, selon N., considérée comme une encéphalite frappant le diencéphale et le mésocéphale. Il s'agirait donc d'une sorte de paralysie infantile ou de poliomyélite du système végétatif. N. décrit enfin une grippe ganglionnaire au cours de laquelle les ganglions tuméfiés dominent complètement le tableau clinique et sont associés à de la fièvre, à des températures subfébriles normales ou même inférieures à la normale.

La présence des adénites ou de l'augmentation de volume de la rate et du foie rend le diagnostic avec la syphilis d'autant plus difficile que la réaction de Wassermann devient parfois positive passagèrement du fait de la grippe.

Pratiquement, ces observations cliniques expliquent, selon N., que, dans la grippe, ce qu'on appelle la convalescence et ce qui n'est, le plus souvent, qu'une 2e phase de la maladie, soit si longue. Elles montrent également qu'on doit prévoir ces symptômes et empêcher le malade de quitter le lit trop tôt. Pour cela, on se fiera d'abord aux symptômes subjectifs en attendant que l'anorexie et l'adynamie aient disparu. Comme signe objectif, on se méfiera surtout des foyers cutanés ou muqueux de l'appareil respiratoire ou ganglionnaire. On surveillera enfin la circulation et la formule sanguine.

P.-E. Morhardt.

S. Lœwe. *Le mode d'action des préparations à base de paraffine* (*Klinische Wochenschrift*, t. VIII, nº 40, 15 Octobre 1929). — L. s'est demandé si les préparations de paraffine utilisées dans la constipation favorisent le glissement des selles, les ramollissent, ou encore activent les mouvements péristaltiques directement ou en augmentant le volume des matières fécales.

En examinant les selles de souris auxquelles la paraffine a été administrée, il a constaté deux phénomènes différents : d'une part, des selles entourées par une espèce d'enveloppe de paraffine facilitant le glissement et, d'autre part, des selles à l'intérieur desquelles on retrouve de la paraffine finement émulsionnée. L. a constaté, en outre, que cette différence d'aspect est due à des différences de doses. Avec les doses faibles, la paraffine est tout entière à l'état d'émulsion dans l'épaisseur des selles. Au fur et à mesure que les doses augmentent, il se constitue, avec l'excédent de médicament, une enveloppe lubrifiante.

En administrant de la paraffine émulsionnée avec de l'agar, substance inattaquable par les sels digestifs, on constate que les doses nécessaires pour obtenir cette enveloppe sont beaucoup plus élevées, car la paraffine a bien plus tendance à rester émulsionnée dans l'épaisseur des selles. La paraffine émulsionnée rend les selles plus molles sans cependant jamais les rendre liquides. En outre, le transit intestinal n'est pas accéléré. Il semble à L. qu'en clinique on doit surtout chercher à ramollir les selles et employer, par conséquent, des paraffines émulsionnées.

P.-E. Morhardt.

K. Ehrhardt. *Contribution à la réaction du lobe antérieur de l'hypophyse, notamment en ce qui concerne le diagnostic de la grossesse par la réaction d'Aschheim-Zondek* (*Klinische Wochenschrift*, tome VIII, nº 44, 29 Octobre 1929). — La réaction d'Aschheim-Zondek n'a pas donné lieu, entre les mains de E., à plus de 1,5 à 2 pour 100 d'erreurs. Son seul inconvénient est d'exiger 100 heures. Il y aurait donc intérêt à la raccourcir. E. a songé d'abord au fait que, dans certaines circonstances, la rate a paru posséder des propriétés inhibantes à l'égard du développement des caractères sexuels primaires et secondaires. Il a donc recherché si la splénectomie fait apparaître plus vite la réaction. Mais les résultats ont été négatifs. L'auteur n'a pas eu plus de succès en supprimant un ovaire pour voir si l'hormone du lobe postérieur agirait plus efficacement sur l'ovaire restant. L'hystérectomie totale a, par contre, une influence nettement inhibante sur l'apparition de la réaction. L'élévation de la température extérieure n'a pas raccourci le temps nécessaire pour obtenir un résultat positif. Des greffes de lobe antérieur, pratiquées en même temps que des greffes d'une autre glande endocrine (moelle ou écorce de la surrénale, surrénale totale, pancréas, épiphyse, thyroïde) ou des injections d'extraits de lobe antérieur faites au même moment que des injections d'autres hormones (adrénaline, hypophysine, insuline, thyroxine) ont donné des résultats très variables et dont il n'y a pas lieu de tirer des conclusions positives.

Enfin E. a constaté que l'hormone du lobe antérieur se trouve dans le liquide d'exsudat provoqué par la cantharide. Au contraire, le liquide céphalo-rachidien, même celui des femmes enceintes, n'en contient pas. Avec le liquide céphalo-rachidien de 3 éclamptiques, on a cependant constaté la réaction 1. Avec les fleurs, les fruits, les racines et les sucs de nombreuses plantes, les résultats ont été négatifs sans exception.

P.-E. Morhardt.

H. Strauss. *Epreuve de la résorption des graisses par production de lipémie alimentaire* (*Klinische Wochenschrift*, tome VIII, nº 44, 29 Octobre 1929). — A propos de divers travaux parus récemment (Bürger et Habs, Wendt), S. revient sur les recherches qu'il a pratiquées il y a 20 ans sur la lipémie alimentaire. Dans ces recherches, au lieu d'une ponction veineuse, S. pratiquait une piqûre du doigt et il examinait le sérum avec le microscope à fond noir pour rechercher les hémokonies. Pour cette épreuve, il faisait prendre un repas d'épreuve riche en beurre (20 gr.), après avoir constaté qu'à jeun il n'y avait pas de lipémie. Comme les auteurs récents, S. a constaté ainsi que la lipémie alimentaire est diminuée dans la carcinomatose du péritoine, dans les formes exsudatives de la tuberculose péritonéale, dans l'amylose et dans les états de stase. Il n'a cependant pas trouvé que cette épreuve constituât un critère significatif dans la cirrhose hépatique.

Depuis lors, S. n'a pas cessé d'employer cette méthode; mais il l'a modifiée. La quantité de beurre du repas s'élève à 40 gr. On remplit la moitié ou les 2/3 d'un tube capillaire en U avec une goutte de sang. Au bout de 3 heures, le sérum qui surnage est examiné sur un fond noir et, avec une certaine habitude, on peut dire s'il est tout à fait clair ou, au contraire, très trouble, ou encore s'il présente des caractères intermédiaires. On peut aussi examiner le sérum avec un microscope à fond noir.

Cette méthode simple paraît très recommandable à S., notamment pour étudier la résorption des graisses par l'intestin. Il fait remarquer, à ce sujet, que les lavements alimentaires ne provoquent de résorption graisseuse que dans une très faible proportion.

P.-E. Morhardt.

W. Forszmann. *Le sondage du cœur* (*Klinische Wochenschrift*, tome VIII, nº 45, 5 Novembre 1929). — Quand l'activité du cœur est très menacée, au cours de la narcose par exemple, on a souvent recours à des injections intracardiaques qui comportent des inconvénients graves comme l'hémorragie intrapéricardique par déchirure d'une coronaire ou comme le choc péricardique. Ces inconvénients font généralement retarder l'injection jusqu'au dernier moment et on perd ainsi un temps précieux. C'est ce qui a donné l'idée à F. de rechercher si on ne pourrait pas pratiquer le sondage du cœur droit. L'anatomie du système veineux est telle qu'en principe le fait doit être possible. D'ailleurs, des recherches sur le cadavre ont montré à F. qu'une sonde introduite dans une veine quelconque du pli du coude arrive jusqu'au cœur avec une extrême facilité sans rencontrer de résistance avant d'avoir pénétré dans le cœur lui-même comme on le constate à l'ouverture du cadavre. F. conclut de ses recherches que la pénétration de la sonde doit être plus facile en partant du bras gauche qu'en partant du bras droit.

F. a procédé ensuite à des essais sur lui-même avec un cathéter numéro 4 de Charrière, qu'il a introduit à travers la grosse aiguille utilisée pour ponction de la veine à cet effet. Un confrère a poussé cette sonde, préalablement huilée, sur une distance de 35 cm., mais n'a pas voulu aller plus loin, bien que F. n'éprouvât aucune sensation désagréable, et l'intervention a été interrompue. Une radiographie montra que la sonde avait atteint le creux axillaire.

Une semaine plus tard, F. recommença son expérience, mais seul. Après anesthésie locale, il introduisit le cathéter de 65 cm., longueur qui lui semblait correspondre à la distance qui sépare le pli du coude du cœur. Il a examiné ensuite lui-même la position de la sonde aux rayons X en se servant d'un miroir et a pu constater qu'elle pénétrait dans l'oreillette droite Une radiographie témoigne du fait. La longueur de la sonde ne permettait d'ailleurs pas d'aller plus loin. Au cours de cet essai et en parcourant la distance assez longue qui séparait la salle d'opération de la salle des rayons X, F. n'a éprouvé aucune sensation désagréable. Il a simplement constaté, ultérieurement, que la ponction avait donné lieu à une légère inflammation parce qu'il n'avait pas pu, en opérant lui-même, observer l'asepsie.

F. a procédé ensuite à une tentative analogue chez une femme atteinte de péritonite généralisée d'origine appendiculaire et dont l'état général était extrêmement mauvais. Une ponction veineuse fut pratiquée et la sonde introduite d'abord de 30 cm., distance à laquelle on éprouva une faible résistance qui fut vaincue en soulevant légèrement le bras. La sonde put alors être introduite de 60 cm. et on l'utilisa pour injecter, en une heure, un litre de sérum sucré contenant 2 milligr. d'adrénaline et 1 milligr. de strophantine. Au bout de quelques minutes, le pouls, la respiration et la conscience redevinrent normaux. On termina par une injection de 1/4 de cmc de citrate. Trois heures plus tard, l'état s'aggrava de nouveau. On pratiqua une nouvelle injection de strophantine, mais la mort survint 3 heures après. Le cathéter ayant été laissé en place, on put constater, à l'autopsie, qu'il avait atteint l'oreillette droite puis pénétré de 2 cm. dans la veine cave inférieure. Le séjour prolongé de la sonde (6 heures 1/2) dans les vaisseaux n'avait déterminé aucune réaction inflammatoire. F. ne s'explique pas pourquoi, chez cette malade, la sonde a pénétré dans la veine cave inférieure plutôt que dans le ventricule droit comme sur le cadavre.

Quoi qu'il en soit, il considère cette méthode comme pratiquement utilisable, d'autant plus qu'il est toujours préférable, lorsque la circulation est mauvaise, de pratiquer l'injection médicamenteuse près du centre plutôt que vers la périphérie. On pourrait songer à pratiquer aussi, selon lui, par cette méthode, des saignées du cœur droit qui pourraient avoir des indications thérapeutiques intéressantes.

Pour éviter les thromboses, F. recommande d'enduire le cathéter d'huile d'olive. En cas d'embolie, cette huile sera, en effet, plus facilement solubilisée par les ferments pulmonaires qu'une huile minérale. Enfin cette méthode permettra de faire des études sur le métabolisme et sur l'activité du cœur.

P.-E. Morhardt.

A. Lublin. *Actions hormonales lipogènes et antilipogènes comme cause d'obésité et de maigreur endogène* (*Klinische Wochenschrift*, t. VIII, nº 49, 3 Décembre 1929). — L. fait remarquer que, dans l'obésité, le métabolisme de base n'est pas abaissé et que, si l'effet spécifique dynamique est diminué, il l'est également dans certains cas de nanisme sans obésité. L. est ainsi amené à se demander si l'origine de l'obésité et de la maigreur ne doit pas être cherchée ailleurs et notamment dans le jeu des glandes hormonales. En effet, tandis que les surrénales, l'hypophyse et la thyroïde ont une tendance antilipogène, au contraire, l'hormone du pancréas, très utilisée dans certaines formes de maigreur, a une action lipogène. Ces hormones pourraient, alors même que le métabolisme de base et l'effet spécifique dynamique ne sont pas modifiés, provoquer de l'engraissement par prédominance des hormones lipogènes ou par insuffisance des hormones antilipogènes. Des faits de ce genre sont observés aussi bien dans le « basedow gras » que dans le « diabète gras ».

Dans la maigreur, on peut observer, comme L. l'a vu, une jeune fille mesurant 155 cm. 5, pesant 32 kilogr. 4, dont le métabolisme de base s'élevait à 924 calories au lieu de 1.208 avec un effet spécifique dynamique normal. En pareil cas, l'équilibre hormonal doit être déplacé dans le sens antilipogène. Le mécanisme par lequel agissent ces hormones est encore inconnu, mais on doit songer au glycogène et au fait que les hormones antilipogènes provoquent une hyperglycémie transitoire. En tous cas, l'insuline fait augmenter les dépôts de graisse sans abaisser le métabolisme de base. P.-E. Morhardt.

E. Loewenstein. ***Prophylaxie par onctions dans la diphtérie*** (*Klinische Wochenschrift*, tome VIII, n° 49, 3 Décembre 1929). — Ce travail commence par un historique des méthodes de prophylaxie dans la diphtérie au cours duquel l'auteur cherche à mettre en évidence l'insuffisance des résultats obtenus jusqu'ici. Il montre ensuite que, conduit par l'idée que des immunités vraiment solides s'acquièrent seulement dans les affections dermotropes — variole, rougeole, typhus exanthématique —, il a songé à des onctions de cultures détoxiquées par le formol. Ses expériences à ce sujet ont porté d'abord sur des cobayes rasés auxquels il est arrivé à faire supporter 100 fois la dose toxique par onctions répétées de toxine diphtérique. Ces faits ont été récemment confirmés par Baar et Grabenhofer qui ont pu observer chez le cobaye ainsi traité l'existence de l'immunité en même temps que la présence d'antitoxine dans le sang.

Des essais ont été faits par L. chez des enfants au cours d'une épidémie sévère de diphtérie. Des enfants à Schick positif furent onctionnés 3 fois de suite à 15 jours d'intervalle et sans qu'aucune réaction générale ait été observée. Aucun de ces enfants ne fut atteint par la diphtérie, sauf un qui n'avait été onctionné qu'une seule fois. Ce procédé ne comporte aucune phase négative au cours de laquelle les résistances naturelles seraient diminuées.

Deux enfants, qui n'avaient pas subi ce traitement parce que leur Schick était négatif, ont fait une diphtérie sévère. L. fait remarquer à ce sujet qu'on ne doit conclure du fait que cette réaction est négative à une immunité solide.

Löwy a procédé à ces onctions chez 500 enfants et a constaté que la réaction de Schick devient négative 68 fois sur 100. Dans les mêmes conditions, Baar et Grabenhofer ont trouvé une proportion de 69,25. Ces chiffres ne diffèrent pas beaucoup de ceux que Seligmann a obtenus avec des injections d'un mélange toxine-antitoxine (71 pour 100). Des recherches poursuivies ont également montré que ce traitement cutané fait pénétrer suffisamment d'antigènes dans la circulation pour que l'immunité apparaisse. Il a été constaté que, 45 jours après la dernière onction, aucun enfant ne contracte la diphtérie. Les circonstances dans lesquelles cette maladie se répand permettent d'admettre que, pour que la prophylaxie soit efficace, les nourrissons doivent subir ce traitement après la première année.

P.-E. Morhardt.

MÜNCHENER MEDIZINISCHE WOCHENSCHRIFT
(*Munich*)

L. R. Grote et B. Fischer Wasels. ***Alymphocytose totale*** (*Münchener medizinische Wochenschrift*, tome LXXVI, n° 49, 6 Décembre 1929). — G. et F. W. relatent une observation complète d'un cas d'alymphocytose totale consécutive à des lésions digestives et à une infection.

Le sujet avait présenté une diarrhée chronique avec signes d'insuffisance pancréatique, survenant par accès d'abord aigus puis affectant un type clinique fixe. Quelques signes pouvaient être rattachés à l'existence d'une sténose du grêle dont le diagnostic ne put cependant être porté durant la vie du malade. Après une longue évolution se produisit une cachexie progressive avec œdème et ascite. L'image sanguine subit une modification aboutissant à la disparition absolue des lymphocytes, sans troubles de l'hématopoïèse, ni diminution des granulocytes. Anatomiquement, l'autopsie montra une atrophie totale du système lymphatique et de la rate.

Il paraît donc s'agir d'une déficience fonctionnelle du système lympho-formateur conditionnée par une infection chronique à point de départ intestinal. Dans le déterminisme de ce processus il semble qu'on puisse incriminer la sténose relative de l'intestin grêle, soit qu'elle ait été elle-même consécutive à un processus inflammatoire ou infectieux, soit qu'elle ait été à l'origine d'une coprostase et, par suite, de fermentations ou de résorption exagérée à travers une paroi anormalement perméable.

L'atrophie splénique observée dans ce cas a une importance extrême, car elle démontre les relations de cet organe avec la lymphocytopoïèse.

Il faut souligner aussi la localisation élective des toxines entérogènes sur l'appareil lymphatique, opposée aux lésions du système érythropoïétique observées dans l'anémie pernicieuse secondaire aux sténoses du grêle.

Sans permettre de conclusion définitive, ces observations semblent montrer que l'infection intestinale à elle seule ne détermine pas l'anémie de Biermer, mais que la spécificité des agents microbiens et surtout les prédispositions organiques sont les facteurs primordiaux de la localisation sur le système sanguiformateur. G. Dreyfus-Sée.

F. Muller et H. Brütt. ***Le rôle du foie au cours des processus de défense spontanée anti-infectieuse*** (*Münchener medizinische Wochenschrift*, tome LXXVI, n° 49, 6 Décembre 1929). — La rapide disparition des germes microbiens lancés dans la circulation par un foyer infectieux est attribuable à leur captation par les viscères.

Le foie paraît jouer un rôle primordial dans ce processus. Les microbes, retenus lors de leur passage dans la circulation intrahépatique, sont partiellement éliminés par les voies biliaires dans le duodénum, mais une assez importante partie des éléments microbiens demeure non altérée dans le foie. Ainsi, alors que les autres viscères redeviennent stériles peu après la disparition des microbes des vaisseaux, le foie reste assez longtemps le réceptacle de l'infection.

Même quand les ensemencements de bile sont redevenus négatifs, il est possible, par une excitation artificielle du fonctionnement hépatique (injection de sérum, de peptone, de protéine), de provoquer de nouveau une élimination massive de microbes vivants (jusqu'à 4.000 germes dans 0,5 cmc de bile, alors que le sang restait stérile).

D'ailleurs ce rôle du foie vis-à-vis des microbes est relativement indépendant de la sécrétion biliaire et il est possible de faire augmenter cette dernière sans modifier le pouvoir de rétention des germes infectieux dans les cellules glandulaires.

Le foie apparaît donc, à côté du système réticulo-endothélial splénique et médullaire, comme un important organe de défense antimicrobien. En retenant, puis en éliminant les microbes dans l'intestin, il diminue l'effort humoral anti-infectieux. Ce processus hépatique spécial semble bien relever d'une fonction du foie distincte des autres et, en particulier, différente du processus de sécrétion biliaire.

G. Dreyfus-Sée.

WIENER KLINISCHE WOCHENSCHRIFT

Ried. ***Effets biologiques des graisses et chocolats irradiés*** (*Wiener klinische Wochenschrift*, tome XLII, n° 27, 4 Juillet 1929). — L'utilisation de chocolat irradié par les ultra-violets a montré que celui-ci possède une action thérapeutique beaucoup plus grande que ne le comporte la petite quantité d'ergostérine contenue dans ce chocolat. Il semble bien que ce soit dans la partie non saponifiable des graisses que se forment, à la suite de l'irradiation, les substances biologiquement actives.

R. a expérimenté les effets de cet aliment sur de jeunes rats dont la croissance fut plus rapide que celle des animaux témoins nourris au chocolat ordinaire. Cet accroissement, qui est de 20 à 30 pour 100 de plus que celui des témoins, est plus sensible chez les femelles que chez les mâles. L'adjonction à ce régime d'une préparation ferrique ordinaire paraît diminuer les effets de l'alimentation irradiée. Si, par contre, on incorpore le fer au chocolat avant irradiation, l'action eutrophique se trouve renforcée.

Il s'agit là de travaux préliminaires que doivent suivre des études sur l'adjonction de sels métalliques aux graisses irradiées. G. Basch.

Krasso. ***Essais thérapeutiques à l'aide du chocolat irradié*** (*Wiener klinische Wochenschrift*, tome XLII, n° 27, 4 Juillet 1929). — Ces essais, découlant des travaux expérimentaux de Ried, furent poursuivis à l'aide de chocolat au lait irradié absorbé par les malades à la dose journalière de 50 gr. en tablettes et de deux tasses à déjeuner préparées à l'aide de 3 cuillerées à café de chocolat irradié en poudre. On évita de faire bouillir l'aliment afin de ne pas détruire son activité. Les malades furent nourris ainsi à leur insu.

Les effets observés furent favorables dans l'ensemble. Les convalescents alimentés de cette manière présentèrent une augmentation de l'appétit avec reprise du poids. Quant aux cachectiques, ils réagirent de façon différente : alors que l'état des cancéreux resta inchangé, les tuberculeux, au contraire, furent grandement améliorés quant à leur état général. D'autres malades (lympho-granulomatose, ostéomalacie) furent traités avec des résultats variables.

G. Basch.

Kahler et Knollmayer. ***Calorification artificielle et pyrétothérapie*** (*Wiener klinische Wochenschrift*, tome XLII, n° 42, 17 Octobre 1929). — On connaît depuis longtemps la possibilité de provoquer une élévation thermique considérable par un apport extrinsèque de chaleur, et l'établissement simultané d'un obstacle à la sudation. K. et K. ont repris expérimentalement la question : ils ont fait prendre aux sujets d'expérience un bain de 10 minutes à une température croissant de 40 à 42°, suivi aussitôt après d'un enveloppement dans 5 à 6 couvertures, et on a pris la température buccale à des intervalles réguliers. Même en faisant précéder le bain d'une injection intraveineuse de 10 cmc d'une solution saline hypertonique, comme le préconise Walinski, K. et K. n'ont pas obtenu des ascensions thermiques aussi fortes et aussi durables que celles relatées par lui. Par contre, l'exposition à la chaleur de la lampe à arc leur a donné les meilleurs résultats. Dans certains cas même, ils se sont bornés, après un bain de lumière de 1 à 2 heures, à envelopper leurs malades comme il est dit plus haut, et ont obtenu des températures de 40°2, avec une persistance de l'élévation thermique au-dessus de 37°5 durant 8 heures. Enfin l'injection sous-cutanée de 1 milligr. d'atropine s'est montrée beaucoup plus efficace que l'injection saline et a renforcé l'action du bain de lumière.

L'effet de ces différents agents varie d'ailleurs dans d'assez fortes proportions, non seulement chez différents individus, mais encore chez le même sujet sous l'influence de facteurs divers (sudation plus ou moins abondante, perturbations du mécanisme de la régulation thermique, etc.).

Il est difficile de préciser exactement le mode de production de cette élévation thermique : est-il légitime de la séparer de la fièvre vraie dont la rapprochent l'accélération du pouls, l'augmentation des échanges, alors que l'en sépare l'invariabilité du taux des leucocytes ?

Il est encore intéressant de noter l'apparition, dans 4 cas, d'un herpès labial complétant l'analogie avec la fièvre spontanée et soulevant l'hypothèse d'une perturbation des albuminoïdes, véritable choc peptonique dont l'élévation thermique n'est qu'un symptôme.

Cette méthode a été employée avec avantage dans le rhumatisme chronique, dans la paralysie générale, dans le tabes. Un cas de Parkinson post-encéphalitique fut traité sans succès. Il semble enfin que cette

méthode, totalement inoffensive, ait permis d'obtenir une amélioration de l'hypertension artérielle.

G. Basch.

Zikowsky. ***Contribution à l'étude de l'angine de Vincent*** (*Wiener klinische Wochenschrift*, t. XLII, n° 42, 17 Octobre 1929). — Bien connue quant à son agent pathogène, l'angine de Vincent se présente en clinique sous deux formes : l'une ulcéreuse, dans laquelle l'état général est conservé, et qui se caractérise par une perte de substance en un point de la muqueuse pharyngée; l'autre pseudo-membraneuse, au cours de laquelle l'état général est altéré et qui s'accompagne d'un exsudat tapissant les ulcérations pharyngées.

Z. a cherché à préciser encore l'opposition entre ces deux formes par l'étude de la formule sanguine. On note en effet au cours de la forme pseudo-membraneuse une augmentation plus considérable des leucocytes que dans la forme ulcéreuse, avec, dans les deux cas, une augmentation de la proportion lymphocytique.

Z. a observé 13 cas d'angine de Vincent, toutes de la variété pseudo-diphtérique, et il insiste sur les faits suivants :

1° Au point de vue clinique, il y a intumescence de la rate et des ganglions;

2° Au point de vue hématologique, il y a mononucléose et diminution des éléments granuleux, avec présence de quelques éléments anormaux : grands mononucléaires à noyau vacuolaire, contenant un nucléole et ne présentant pas la réaction des oxydases. Il y a en outre un léger degré d'anémie ;

3° Au point de vue évolutif enfin, il ressort des observations de Z. qu'après un stade de lésion locale avec adénopathie satellite se place une période de réaction lymphoïde générale (ganglio-splénique et sanguine), ce qui amène une comparaison peut-être un peu superficielle avec la syphilis dont la rapprocheraient son étiologie spirillaire et une formule sanguine analogue.

Dans la forme ulcéreuse, les modifications sanguines sont moins caractéristiques avec cependant tendance à la mononucléose. Là encore, peuvent se retrouver des adénopathies à distance, axillaires, inguinales.

Enfin, Z. tend à rattacher à une angine fuso-spirillaire commune la mononucléose infectieuse, la fièvre ganglionnaire, l'angine à monocyte.

G. Basch.

THE LANCET

(Londres)

Robinson. ***Valeur diagnostique de la cholestérinémie dans la lithiase biliaire*** (*The Lancet*, n° 5533, 14 Septembre 1929). — R. a repris l'étude de la cholestérinémie sanguine dans la lithiase en utilisant pour le dosage la méthode colorimétrique de Myers, avec quelques modifications nouvelles de la technique.

Les conclusions de son étude très complète sont les suivantes :

1° Le chiffre moyen de la cholestérine dans le sang est un peu plus élevé que le chiffre habituellement adopté : R. arrive au chiffre moyen de 0,151 pour le sang total, et 0,142 pour le plasma.

2° Dans la lithiase biliaire, le taux de la cholestérine est en moyenne un peu augmenté, mais les variations individuelles sont telles que le dosage de la cholestérine n'est d'aucune utilité comme moyen de diagnostic.

3° Un chiffre élevé de cholestérine se rencontre uniquement dans les ictères par rétention; il cède rapidement après drainage du cholédoque.

4° La digestion et les régimes variés sont sans action sur le taux de la cholestérine : celle-ci reste à un taux remarquablement fixe chez un même individu.

R. Rivoire.

D. Hare et J. Ross. ***Syphilis de l'artère pulmonaire : une observation*** (*The Lancet*, n° 5538, 19 Octobre 1929). — La syphilis de l'artère pulmonaire est extrêmement rare : aussi tout cas nouveau présente-t-il un intérêt.

Cette affection cardiaque a la caractéristique de présenter un cortège symptomatique important : les principaux éléments de ce syndrome étant la dyspnée intense avec cyanose, les hémoptysies, la somnolence et la polyglobulie.

Dans le cas rapporté ici, le diagnostic clinique n'avait pas été fait avec certitude; le syndrome était d'ailleurs incomplet : on n'avait noté que de la dyspnée et une accélération du pouls, avec en outre une polyglobulie nette (6.100.000). La radio avait montré un élargissement de la base de l'artère pulmonaire et du ventricule droit. L'électro-cardiogramme avait suggéré une lésion de la base aortique.

A l'autopsie, lésions importantes des branches des artères pulmonaires, qui sont dilatées et athéromateuses jusque dans les fines artérioles intrapulmonaires. Microscopiquement, ces lésions sont très probablement syphilitiques. R. Rivoire.

Shattork et Waller. ***Etude de l'effet de la chaleur radiante sur la production de l'érythème actinique.*** (*The Lancet*, n° 5540, 2 Novembre 1929). — L'interréaction possible des ondes longues et courtes est fort intéressante, et son étude n'a jamais été faite de façon indiscutable; cependant il est utile de préciser cette notion, car la plupart des lampes à ultra-violets émettent en outre des quantités notables de rayons infra-rouges thermiques, dont le rôle est peut-être important dans la valeur thérapeutique de l'irradiation.

Les auteurs se sont bornés à étudier le rôle des radiations caloriques dans la production de l'érythème actinique, sans chercher à vérifier leur importance thérapeutique.

Le résultat de cette étude a été le suivant :

1° La chaleur appliquée *après* irradiation ultra-violette diminue ou supprime l'érythème; de même, *pendant* l'irradiation.

2° Au contraire, la chaleur appliquée *avant* l'irradiation augmente l'érythème, et fonce sa couleur.

3° Le mécanisme de cette action est physiologique et non physique, car il ne peut s'agir d'interférences d'ondes lorsque la chaleur est appliquée avant ou après l'irradiation ultra-violette.

R. Rivoire.

K. Schrœder (Copenhague). ***Le traitement par la sulfosine de la paralysie générale et de quelques autres maladies*** (*The Lancet*, n° 5543, 28 Novembre 1929). — La sulfosine, ou huile soufrée, en injection intra-musculaire, détermine une élévation de température au-dessus de 40°. Cette propriété l'a fait utiliser par l'auteur dans la pyréthothérapie de la paralysie générale. Les résultats sont comparables à ceux de la malariathérapie, mais la technique est beaucoup plus simple, puisqu'elle peut être employée par n'importe qui et ne nécessite pas le séjour dans un asile spécialisé.

La technique consiste à injecter dans les masses musculaires de la fesse 1/2 ou 1 cmc de sulfosine; cette injection est suivie, 12 heures après, d'une élévation thermique à 40°, suivie d'une lente descente. Lorsque la température est redevenue normale, d'ordinaire après 48 heures, une nouvelle injection est faite, et ainsi de suite en augmentant chaque jour la dose de 1 cmc. La série comprend 10 injections, suivies d'une nouvelle série après 15 jours, et quelquefois d'une troisième.

Les expériences ultérieures de l'auteur lui ont montré que la sulfosine n'agissait pas seulement comme agent pyrethogène, mais qu'elle avait aussi une action antispécifique extrêmement énergique : des cures de sulfosine lui ont donné des résultats remarquables dans des cas de syphilis nerveuse ou vasculaire, et même de syphilis primaire, avec négativation très rapide du Wassermann. Il y a là un fait de grosse importance, qui mérite de nouvelles recherches.

La sulfosine s'est montrée active également, quoique à un moindre degré, dans d'autres affections nerveuses : notamment dans le Parkinson post-encéphalitique, la sclérose en plaques, la démence précoce.

R. Rivoire.

J. Morley. ***La signification des incitations cutanées dans le mécanisme des douleurs abdominales*** (*The Lancet*, n° 5546, 14 Décembre 1929). — Les travaux récents sur l'abolition des douleurs abdominales par l'infiltration du derme à la novocaïne ont paru apporter une éclatante confirmation à la théorie de Mackenzie sur le mécanisme des douleurs réflexes.

Pour Mackenzie, en effet, les incitations continuelles émanées du viscère atteint (appendice, vésicule biliaire par exemple) produisent dans la moelle une sorte de *zone sensible*; il en résulte que les perceptions sensorielles provenant de la peau qui traversent cette zone sensible s'y transforment en sensations douloureuses ; la suppression des incitations cutanées par la novocaïne fait donc disparaître les douleurs.

M. a vérifié le fait sur plusieurs malades atteints d'appendicite, de cholécystite, de salpingite : il a constaté une disparition ou une atténuation très marquée de la douleur spontanée, de la sensibilité superficielle et de la contracture musculaire; par contre, la sensibilité profonde n'est pas d'ordinaire modifiée.

Enfin, M. fait remarquer que ce fait nouveau, s'il est en faveur de la théorie de Mackenzie, n'est pas non plus contradictoire avec sa théorie personnelle des douleurs superficielles : pour lui, la douleur cutanée est due à l'irritation des plexus péritonéaux, par propagation de l'infection viscérale sous-jacente : les injections de cocaïne, en supprimant cette sensibilité des plexus péritonaux, font naturellement disparaître la douleur. R. Rivoire.

THE BRITISH MEDICAL JOURNAL

(Londres)

C. Worster-Drought et M. Allen. ***La chorée d'Huntington avec deux observations*** (*The British medical Journal*, n° 3593, 21 Décembre 1929). — La chorée d'Huntington est caractérisée par le fait que c'est une affection familiale et qu'elle s'accompagne de troubles du langage et de troubles mentaux progressifs.

W.-D. et A. décrivent 2 cas survenus chez 2 sœurs, dont l'un est remarquable du fait que la démence a précédé de plusieurs années l'apparition des mouvements choréiformes : c'est là une éventualité fort rare dans la chorée d'Huntington.

En outre, une enquête approfondie fut faite pour dépister tous les cas de chorée survenus dans cette famille depuis 3 générations : 5 cas furent trouvés, dont un sans troubles mentaux, et un autre dans lequel les troubles mentaux survinrent avant la chorée (comme dans le cas n° 2).

L'étude de l'arbre généalogique a permis à W.-D. et A. de faire quelques constatations intéressantes sur l'hérédité de la maladie. Celle-ci ne se transmet que par les individus atteints, que ceux-ci soient mâles ou femelles; d'autre part, il semble que la maladie atteigne alternativement un homme, puis une femme au cours des générations successives. Enfin, la chorée d'Huntington, quoique maladie héréditaire, n'apparaît jamais dans l'enfance, mais débute d'ordinaire vers 35 ans ans seulement. Dans certains cas cependant les individus qui doivent être atteints ultérieurement présentent dans leur enfance de la surdi-mutité. R. Rivoire.

EDINBURGH MEDICAL JOURNAL

L. Rogers. ***Acquisition récente dans le traitement et la prophylaxie de la lèpre*** (*Edinburgh medical Journal*, n. s., tome XXXVII, n° 1, Janvier 1930). — Au traitement local, au mercure, à l'iode et aux préparations d'antimoine, on préfère à présent les vaccins, les huiles de chaulmoogra et leurs dérivés.

Il est extrêmement difficile, pour ne pas dire impossible, de cultiver le bacille de Hansen ; aussi les vaccins employés dans la lèpre sont de diverses natures. On emploie des vaccins à base de bacilles non acido-résistants tels que le bacille de l'anthrax, le pyocyanique, etc., qui agissent par choc protéi-

nique sans aucune spécificité et, si certains cas ont pu paraître favorables, on ne peut affirmer que l'emploi de tels chocs produise un bénéfice durable dans la lèpre. D'autres vaccins contiennent des bacilles acido-résistants autres que le bacille de la lèpre, tel que le bacille saprophytique de Rost. Ils n'ont qu'une très faible valeur et ne sont plus employés.

La tuberculine produit des réactions chez les lépreux et a été utilisée thérapeutiquement mais abandonnée comme sans valeur. Le BCG de Calmette, employé dans quelques cas en injections, produit un abcès au niveau de l'injection, de la fièvre et une réaction locale suivie de quelque amélioration.

A défaut de culture de bacille de Hansen, on a essayé des injections d'émulsions stérilisées de nodules lépreux contenant de nombreux bacilles. Les réactions furent nettes, mais l'amélioration légère, seulement temporaire et souvent suivie de rechutes.

Il est d'ailleurs très difficile de juger la valeur d'une médication dans cette maladie chronique et variable où l'on observe des rémissions spontanées; une observation prolongée est nécessaire, il faut s'assurer que les améliorations produites ne sont pas uniquement temporaires.

Les grands progrès faits dans le traitement de la lèpre durant la dernière décade sont dus à l'application de l'huile de chaulmoogra et de ses dérivés.

L'ingestion buccale d'huile de chaulmoogra, à la dose de C gouttes et plus, a pu produire quelques améliorations, mais aboutit le plus souvent à un échec. On a utilisé aussi de plus fortes doses en capsules glutinisées qui sont prises sans nausées.

Les graines fraîches de « hydnocarpus antehelmintica », mêlées dans la proportion des 3/4 avec une portion de chanvre indien, ont donné par voie buccale des résultats favorables à E. Travers.

Les injections intramusculaires d'huile de chaulmoogra, le mélange Mercado (comprenant 60 cmc d'huile de chaulmoogra et d'huile camphrée et 4 gr. de résorcine pour diminuer la douleur) produisent de grandes améliorations qui ont pu être qualifiées de guérison.

Le gynocardate de sodium et l'hydnocarpate de sodium en injections sous-cutanées et intraveineuses, employés d'abord avec succès, ont été remplacés par les éthers éthyliques des mêmes acides gras par voie intramusculaire.

Dans les cas récents, à Calcutta et à Honolulu, les guérisons atteignent 29 et 41 pour 100. Dans les cas avancés, elles s'élèvent de 10 à 20 pour 100 : les rechutes sont moins fréquentes.

Comme 80 pour 100 environ des lèpres sont contractées par la vie commune avec un lépreux, le traitement curatif des cas récents de lèpre a une réelle valeur prophylactique. Robert Clément.

ACTA DERMATO-VENEREOLOGICA
(Stockholm)

Bjorling. *La radiothérapie de l'eczéma* (*Acta dermato-venerologica*, tome X, fasc. 4, Septembre 1929). — B. précise certaines règles à observer dans le traitement de l'eczéma par les rayons X. Ce traitement ne doit être institué que s'il est inoffensif. Il faut donc mesurer exactement la dose à appliquer, au point de vue quantitatif et qualificatif. La dose doit être graduée suivant le degré d'irritation de l'eczéma : il est important de donner de faibles doses en cas d'eczéma suintant. Une seule filtration est suffisante pour tous les cas d'eczéma.

Il ne faut commencer la radiothérapie de l'eczéma qu'après avoir traité pendant quelques semaines cet eczéma par les autres méthodes et après avoir constaté que ces méthodes ont échoué.

Les résultats de l'irradiation ne peuvent être jugés que 2 semaines après l'application au plus tôt.

R. Burnier.

ODIESKIY MEDIZINSKIY JOURNAL

Troïtzky. *Modifications subies par le tissu hépatique et les voies biliaires après cholécystectomie (étude expérimentale)* (*Odieskiy medizinskiy Journal*, tome IV, nos 3 et 4, 1929). — T. a expérimenté sur des chiens. Il a procédé à l'ablation de la vésicule biliaire et à la ligature du cystique le plus près possible de son abouchement dans le cholédoque, sous anesthésie morphine-éther. Les chiens ont été sacrifiés au bout d'un laps de temps variant de 1 mois à 2 ans 1/2. L'examen histologique des viscères a permis à l'auteur de formuler les conclusions suivantes : au bout d'un mois, lésions inflammatoires subaiguës sans caractères particuliers (infiltration par de nombreux lymphocytes et par quelques leucocytes autour des vaisseaux de la capsule de Glisson); au bout de 4 mois, lésions présentant des caractères de chronicité (hyperémie veineuse peu importante, hyperplasie du tissu conjonctif autour des travées des cellules hépatiques, canalicules hépatiques dilatés et contenant un peu de sang). En résumé, hépatite et péri-hépatite interstitielle chronique. De plus, T. a remarqué que, chez les animaux qui présentaient une ampoule de Vater fortement accusée, il existait une dilatation notable des voies biliaires intra- et extra-hépatiques; celle-ci manquait dans les cas contraires. Enfin, il n'a jamais observé de dilatation secondaire du moignon cystique avec ébauche de nouvelle vésicule, après ligature du cystique au ras du cholédoque.

G. Debray.

G. I. Doron. *Les ruptures intra-péritonéales de la vessie* (*Odieskiy medizinskiy Journal*, tome IV, nos 5 et 7, 1929). — L'auteur rapporte plusieurs cas de ruptures vésicales et en tire les conclusions suivantes :

Les ruptures intra-péritonéales d'origine traumatique sont relativement rares; elles surviennent à la suite d'un accident brutal et inattendu, chez des sujets dont la vessie était toujours en état de surdistension et qui, pour la plupart, étaient en état d'ivresse.

Les ruptures spontanées surviennent chez des sujets présentant un état de moindre résistance de leur paroi vésicale (ulcération, gomme, atrophie ou infiltration des parois chez les prostatiques).

Le tableau clinique varie suivant l'étiologie, le caractère et la forme de la rupture, le temps écoulé depuis le début, le degré d'infection péritonéale, enfin le degré d'intoxication de l'organisme par résorption de l'urine. Le diagnostic, souvent difficile, se basera sur l'anamnèse, l'état de shock avec sa période de « fausse anurie » à laquelle succédera une période de réaction péritonéale. Le pronostic dépend, d'une part, de la précocité du diagnostic et de l'intervention, d'autre part, de l'état de l'urine et de la réplétion de la vessie au moment de la rupture. Mais la mortalité reste élevée même dans les cas où l'intervention a été précoce; une intervention simple et rapide donnera de meilleurs résultats qu'une intervention longue et compliquée : laparotomie médiane sous-ombilicale, deux ou trois surjets superposés ferment la déchirure vésicale, sonde à demeure que l'on laissera, suivant les cas, quelques heures ou quelques jours. S'il y a début de péritonite, il faudra drainer par mèches ou Mikulicz. G. Debray.

VESTNIK RŒNTGENOLOGIY
I RADIOLOGIY
(Léningrade)

S. N. Neumann et R. A. Golonzko. — *Un cas rare de reflux pyélo-veineux* (*Vestnik rœntgenologiy i radiologiy*, t. VII, fasc. 4 et 5, 1929). — Dans cet article, les deux auteurs rapportent l'observation curieuse d'un reflux pyélo-veineux au cours d'une pyélographie, sans y ajouter aucune explication.

Au cours d'examens complémentaires, chez une jeune femme qui se plaignait de douleurs de la région lombaire droite, une pyélographie est pratiquée (5 à 6 cmc de bromure de Na). Elle montre un bassinet élargi, des calices inférieur et moyen allongés, un rein droit notablement abaissé. Toute la partie inférieure de ce rein est parsemée de petites raies opaques s'entrecroisant et présentant un aspect de « cascades ». L'extrémité du calice inférieur se prolonge en forme de corne. Une deuxième radiographie, prise 45 minutes plus tard, montre que les raies opaques ont progressé vers la périphérie du pôle inférieur; d'autre part, la substance opaque a disparu complètement du bassinet et des calices. Une troisième radiographie, 24 heures après, montre que la totalité du bromure de sodium a disparu.

C'est le seul examen radiographique qu'il fut possible de pratiquer sur la malade. Les auteurs pensent qu'il s'agit là d'un cas de reflux de la substance opaque, non pas dans les tubes urinifères, mais dans les veines rénales, sans en expliquer la pathogénie (plusieurs observations américaines et allemandes en rapportent des cas semblables). G. Debray.

MEDYCYNA DOSWIADCZANLA
I SPOLECZNA

H. Brokman. *Etude sur la pathogénie de la scarlatine* (*Medycyna Doswiadczanla i Spoleczna*, tome X, fasc. 1-2, 1929). — Les progrès réalisés dans le domaine de l'étiologie et de la pathogénie des maladies infectieuses sont en rapport étroit avec l'étude de la constitution individuelle et du milieu immuno-biologique dont dépendent l'éclosion et l'évolution de la maladie.

La présence constante du streptocoque chez les scarlatineux, sa spécificité relative par rapport aux autres variétés de streptocoques, les inoculations expérimentales volontaires ou accidentelles désignent le streptocoque comme agent provocateur principal et peut-être unique de la scarlatine.

Le rôle indiscutable exercé par la toxine streptococcique dans l'apparition de l'exanthème scarlatineux confirme l'importance étiologique attribuée à ce germe dans la pathogénie de la scarlatine.

Les recherches sur la sensibilité à la scarlatine à l'aide de la réaction de Dick, faites sur une large échelle, éclairent de nombreux problèmes épidémiologiques tels que la morbidité plus forte chez les jeunes enfants, la réceptivité plus forte dans les classes aisées par rapport à la population pauvre. Elles nous renseignent enfin sur le rapport existant entre l'angine et la scarlatine.

L'étude de la pathogénie de la scarlatine comporte l'analyse du rôle pyogène et toxigène propice au streptocoque scarlatineux.

La toxine du streptocoque scarlatineux, à l'exemple de la toxine diphtérique, provoque l'apparition de l'antitoxine qui la neutralise mais qui peut apparaître également chez les individus non immunisés artificiellement. La différence essentielle entre la toxine diphtérique et la toxine scarlatineuse consiste en ce que la toxine scarlatineuse, pour manifester son action, exige des tissus une certaine affinité envers elle. L'action définitive de la toxine sur l'organisme résultera, d'autre part, du rapport réciproque qui s'établira entre cette affinité tissulaire envers la toxine et, d'autre part, de l'antitoxine en circulation dans le sang.

Ce caractère de la toxine scarlatineuse la rapproche, dans une certaine mesure, des toxines secondaires allergènes. Les toxines diphtérique et tétanique possèdent le même caractère, mais à un degré plus atténué. Cependant la limite exacte entre les toxines primitives et secondaires allergènes est artificielle et n'est en somme qu'une question de degrés.

Le mécanisme de l'action du streptocoque sur l'organisme humain, indépendamment de l'action de la toxine, ne peut être basé que sur les méthodes intermédiaires dont la meilleure est l'étude des réactions cutanées provoquées par les streptocoques tués.

En poursuivant l'étude de la pathogénie de la scarlatine suivant les périodes évolutives et en prenant en considération la double fonction toxique et pyogène du streptocoque, B. aboutit aux conclusions suivantes :

a) Le streptocoque scarlatineux détermine chez l'homme les symptômes scarlatineux à condition que l'individu possède la faculté spécifique indispensable pour réagir. Cette faculté est, soit physiologique en raison du développement du sujet, soit résultant d'une sensibilisation spécifique naturelle. En péné-

trant dans l'organisme sensible le streptocoque provoque des troubles, soit de nature colloïdoclasique, soit de nature toxique, dus aux produits de la désintégration microbienne. A ce moment, éclatent les symptômes de la première période de la scarlatine. Ils ne peuvent se manifester que lorsque les tissus et surtout les vaisseaux du derme ont des affinités suffisantes avec les toxines. L'absence d'antitoxine ou ses qualités insuffisantes sont des conditions additionnelles indispensables

b) A la suite de cette réaction, survient la période d'anergie envers la toxine ou le streptocoque. Elle se traduit par la disparition de l'exanthème.

c) Les manifestations de la deuxième période, dite période de complications, dépendent du rapport qui s'établit entre l'organisme et les streptocoques qui s'y trouvent. L'apparition de l'antitoxine et souvent également de la sensibilité (allergie) envers le microbe conditionnent un état différent de la période précédente.

Cette conception de la pathogénie de la scarlatine permet de concilier l'ancienne théorie anaphylactique avec la théorie moderne toxique.

La lutte prophylactique antiscarlatineuse doit être fondée sur les méthodes d'isolement :

1° Isolement des malades ;

2° Isolement des convalescents d'avec les malades nouveaux afin d'éviter les porteurs de germes ;

3° Immunisation active des sujets ayant la réaction de Dick positive ;

4° Traitement précoce à l'aide de sérum antiscarlatineux qui combat les effets toxiques et joue un rôle préventif à l'égard des manifestations septiques, mais qui malheureusement est inactif pour enrayer les accidents en évolution.

Fribourg-Blanc.

POLSKA GAZETA LEKARSKA
(Varsovie).

T. Stryjecki. ***Du rapport de la réaction de Bordet et Gengou dans le paludisme avec la réaction de Bordet-Wassermann*** (*Polska Gazeta Lekarska*, tome VIII, n° 22, 2 Juin 1929). — Les recherches actuelles font suite aux travaux antérieurs de S. sur la réaction de Bordet et Gengou avec l'antigène paludéen (*Polska Gazeta Lekarska*, n° 38, 1922). Sans entrer dans les détails et la critique de la méthode, S. résume les résultats de son expérience qui porte sur plus de 6.000 cas. Il pratique la réaction de Bordet-Wassermann parallèlement avec l'épreuve qui fait l'objet de ses études et étudie le rapport existant entre les deux réactions. Sur 6.283 sérums examinés, la réaction de Bordet-Wassermann a été positive 627 fois. La réaction de Bordet et Gengou avec antigène paludéen a été positive 105 fois sur ces 627 cas. Cette coïncidence prouve qu'il existe une parenté biologique entre le spirochète et l'hématozoaire. Cette parenté s'extériorise par la production simultanée d'anticorps analogues au point de vue biochimique. Ainsi, malgré la différence morphologique des agents en cause, ils possèdent une parenté biologique incontestable. Parmi les cas qui font l'objet de l'étude de S., il y a eu 6 cas où la malaria a été méconnue et 2 où il s'agissait d'infection mixte.

S. rapporte l'observation d'un cas particulièrement caractéristique de malaria méconnue. Il s'agissait d'un malade n'ayant jamais eu de syphilis qui, depuis de nombreuses années, souffrait de douleurs hépatiques et spléniques. Devant l'échec de toute thérapeutique, le malade fut dirigé chez un vénéréologue et, devant la positivité de la réaction de Bordet-Wassermann (++++), le traitement spécifique fut institué. Effectivement une amélioration notable s'ensuivit, mais néanmoins on constatait toujours des retours fréquents de crises hépato-spléniques ayant toujours les mêmes caractères.

Le hasard a voulu que S. ait eu à pratiquer la réaction de Bordet-Wassermann à l'occasion d'une de ces crises. Il fit simultanément la réaction de Bordet et Gengou avec antigène paludéen qui fut très fortement positive. Malgré l'absence d'antécédents de nature paludéenne, le traitement quinique eut raison en quelques semaines de toute la symptomatologie si tenace autrefois.

Il y a aussi des cas où le paludisme n'a été pour rien dans les manifestations pathologiques bien que la réaction de Bordet et Gengou soit positive. S. cite un exemple de ce genre. C'est une preuve incontestable de l'étendue et de la complexité du problème de la spécificité des réactions sérologiques. Ainsi, dans le doute, il serait plus prudent de faire les deux réactions simultanément.

Fribourg-Blanc.

C. Wislanski. ***Les hormones placentaires*** (*Polska Gazeta Lekarska*, tome VIII, n° 46, 17 Novembre 1929). — Ce travail tend à démontrer que le placenta élabore des corps ayant des caractères humoraux pouvant réagir sur l'organisme des animaux d'une autre espèce.

W. fait aux chiens mâles trois ou quatre injections hebdomadaires de placenta de lapines près du terme. Dix jours après, les chiens sont saignés. Le sérum recueilli aseptiquement est injecté aux lapines susceptibles de devenir gravides et qui sont mises en contact avec les mâles en vue de la copulation. Mais la fécondation ne peut avoir lieu qu'au bout de trois semaines, lorsque l'influence du sérum injecté est épuisée.

Le même sérum injecté aux lapines déjà gravides agit différemment. Plus l'injection est proche de la date de la fécondation, plus facilement la gestation est interrompue. Faites plus tard, les injections n'interrompent pas la grossesse, mais les petits lapins naissent morts ou meurent en naissant. Faites à la fin de la gestation, les injections n'influencent pas l'avenir des nichées.

Les expériences de contrôle, faites avec le sérum des chiens non préparés, démontrent que le sérum reste sans action sur les lapines et sur leurs petits.

En somme, le placenta injecté aux chiens élabore dans le sang de ceux-ci des anticorps contre la grossesse. La gravidité produit dans l'organisme des substances de défense destinées à réagir contre les toxines produites au cours de la grossesse et qui se trouvent en circulation dans l'organisme et sont surtout emmagasinées dans le placenta. Il semble donc que le placenta soit un organe doué d'un pouvoir de sécrétion interne semblable, au point de vue biologique, à celui des ovaires.

Fribourg-Blanc.

WARSZAWSKIE CZASOPISMO LEKARSKIÉ

Wl. Sterling. ***Formes graves et abortives de la maladie de Swift-Feer*** (*Warszawskie Czasopismo Lekarskié*, t. VI, n° 43, 24 Octobre 1929 et n° 44, 31 Octobre 1929). — L'étude de plus en plus approfondie des réactions et de la pathologie du système neuro-végétatif a permis de différencier des syndromes cliniques nouveaux dont un exemple est offert par l'acrodynie ou maladie de Swift-Feer. S. en rapporte 3 observations personnelles :

Dans la 1re observation, il s'agit d'un enfant de 18 mois ayant présenté, au cours des premières semaines de son existence, après une courte période fébrile, une légère parésie du bras gauche qui guérit sans laisser de traces apparentes. A la suite de troubles légers, l'enfant présenta une éruption fugace siégeant aux avant-bras, des démangeaisons et de la myotonie. Guérison au bout de 6 mois.

La 2e observation concerne un bébé de 11 mois qui, après une période de troubles digestifs légers, a présenté des sueurs généralisées, de la cyanose des pieds, des oreilles et du nez et de l'hypotonie des membres inférieurs, de la tachycardie avec arythmie, de la photophobie et un nystagmus léger. Tous ces troubles ont disparu après 9 semaines de traitement.

La 3e observation relate le cas d'un garçon de 12 ans qui fut présenté à la Société Neurologique par l'auteur lui-même comme un cas de maladie de Heine-Médin. C'est seulement l'évolution de la maladie qui a fait rattacher les troubles observés à leur véritable pathogénie. Ici les signes du début : sueurs, tremblement, œdèmes et cyanose des extrémités, ont été masqués par l'état fébrile accentué et divers troubles nutritifs graves tels que conjonctivite et kératite avec fonte de l'œil gauche, chute de toutes les dents, atrophie du squelette de tout le massif facial intéressant aussi la voûte palatine, atrophie des muscles de la face.

S. conclut que l'acrodynie ou maladie de Swift-Feer n'est pas une névrose idiopathique d'origine végétative et neuro-motrice. Ce n'est pas non plus une unité nosologique ; ce n'est qu'un syndrome clinique qui peut éclater à la faveur des agents nocifs divers tels que : intoxication, infection, troubles humoraux et autres agissant d'une façon diverse sur les segments périphériques nerveux ainsi que sur le mésencéphale et le diencéphale. La participation exclusive des centres végétatifs crée les tableaux cliniques analogues à ceux qui ont été décrits par Feer. Mais, lorsque le processus s'étend sur le diencéphale et les segments périphériques, alors on assiste aux syndromes décrits par les auteurs australiens et américains.

Fribourg-Blanc.

VESTNIK CHIRURGIY

V. A. Oppel. ***Contribution à l'étude des résultats éloignés de l'exclusion vésicale*** (*Vestnik chirurgiy*, tome LII, volume VIII, 1929). — O. rapporte l'observation d'un malade qui fut opéré en 1913 par le professeur Mirotvortzef pour une exstrophie vésicale : on pratiqua une exclusion de la vessie par implantation des uretères dans le côlon sigmoïde. Le malade se présenta en Mars 1929 à la clinique du professeur Oppel pour y subir une plastie vésicale. Durant ce long espace de temps (15 ans), le malade a pu mener une vie normale. Une diarrhée fréquente le gêna au début puis s'atténua par la suite. Les examens que l'on a pu pratiquer ont permis de conclure à un excellent fonctionnement rénal. O. insiste sur la valeur de cette intervention palliative qui, dans ce cas, donna un excellent résultat, 15 ans après l'opération.

G. Debray.

LA PRENSA MEDICA ARGENTINA
(Buenos Aires)

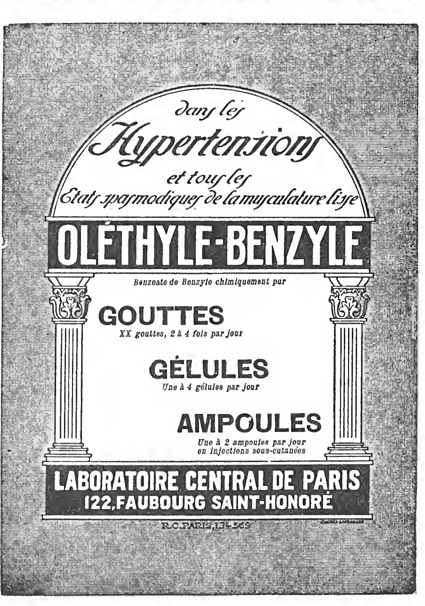
M. Castex. ***Erythrocytose et érythrémie ; étude étio-physio-pathologique*** (*La Prensa medica argentina*, 30 Octobre 1929). — Il est difficile de donner dans un simple compte rendu une idée complète de ce remarquable travail qui fourmille d'aperçus originaux. Les théories classiques des érythrocytoses seraient, en dernière analyse, un véritable cache-misère. L'hyperaction de la moelle osseuse dans son appareil érythroformateur, la carence du rôle destructeur de la rate, de même que la stase, n'expliqueraient en réalité que fort peu de chose et seraient souvent contredites par les faits de même que la théorie de la carence en oxygène.

A l'occasion d'un cas, dans lequel le syndrome érythrémique coexistait avec des signes d'hypertension cranienne, des signes de stase veineuse oculaire, des symptômes endocriniens, C. se demande si la cause première de l'érythrocytose ne résiderait pas dans le diencéphale, qui comporterait des centres d'érythropoïèse, et des centres d'érythrorégulation. En effet la clinique établit la coïncidence fréquente de ces troubles avec des malformations cérébrales, des troubles psychiques, des dysmorphies par agénésies glandulaires, des modifications de l'appareil végétatif et des équilibres endocriniens. Ne serait-il pas logique d'attribuer cet ensemble à des troubles passagers ou définitifs de cette région du cerveau qui constitue un véritable central de toutes ces fonctions ?

Des observations soigneusement dépouillées et discutées par l'auteur plaideraient réellement dans ce sens. Du reste, dans ses conclusions, C. se montre fort éclectique en admettant qu'à la rigueur il n'y a pas antinomie entre ses théories et les théories classiques ; il ne fait pour ainsi dire que déplacer le *primum movens*.

M. Nathan.


LA VIE
MODERNE
est lourde
AUX EPAULES AFFAIBLIES PAR UNE
LONGUE CONVALESCENCE, OU SUPPORTANT
LES EFFETS D'UN EPUISEMENT NERVEUX
LE
SEROSTHENYL
BOUTY
METHYLARSINATE DE STRYCHNINE
GLYCEROPHOSPHATÉ
STIMULE LES FONCTIONS ORGANIQUES LANGUISSANTES COMBAT LA NEURASTHENIE — L'ASTHENIE DIABETIQUE — LA PROSTRATION
LA FAIBLESSE NEURO-ARTHRITIQUE — ETC
SE PREPARE EN AMPOULES ET EN GOUTTES
RP
LABORATOIRES BOUTY. 3, Rue de Dunkerque. PARIS


dans les
Hypertensions
et tous les
États spasmodiques de la musculature lisse
OLÉTHYLE-BENZYLE
Benzoate de Benzyle chimiquement pur
GOUTTES
XX gouttes, 2 à 4 fois par jour
GÉLULES
Une à 4 gélules par jour
AMPOULES
Une à 2 ampoules par jour
en injections sous-cutanées
LABORATOIRE CENTRAL DE PARIS
122, FAUBOURG SAINT-HONORÉ
R.C. PARIS 134-569


la Passiflorine
uniquement composée d'Extraits Végétaux
ATOXIQUES
Passiflora
incarnata
Salix alba
Cratœgus
oxyacantha
est le TRAITEMENT
PHYTOTHÉRAPIQUE
des ÉTATS NÉVROPATHIQUES
ANXIÉTÉ
ANGOISSE
INSOMNIE
NERVEUSE
TROUBLES
FONCTIONNELS
DU CŒUR
TROUBLES
DE LA VIE
GÉNITALE
Laboratoires G. RÉAUBOURG
1, Rue Raynouard - PARIS (XVIe)

CONSULTATIONS EXTERNES

1930 — des Hôpitaux et Hospices de Paris — 1930

I. — MÉDECINE ET CHIRURGIE GÉNÉRALES

Tous les jours (Dimanches et Fêtes compris) dans les Établissements ci-après.

(Entrée du Public : de 8 à 9 heures du matin.)

1° ADULTES

		MM.
Hôtel-Dieu	Médecine	Henri Bénard.
	Chirurgie	Hartmann.
Pitié	Médecine	Boulin.
	Chirurgie	Küss.
Charité	Médecine	Pruvost.
	Chirurgie	Soupault.
Saint-Antoine	Médecine	Tzanck.
	Chirurgie	Brainc.
Necker	Médecine	Binet.
	Chirurgie	Mondor.
Cochin	Médecine	Dehray.
	Chirurgie	Robert Monod.
Beaujon	Médecine	Chevallier.
	Chirurgie	Guimbellot.
Lariboisière	Médecine	N...
	Chirurgie	Sénèque.
Tenon	Médecine	N...
	Chirurgie	Maurer.
Laennec	Médecine	Jacob
	Chirurgie	Auvray.
Bichat	Médecine	Léon-Kindherg.
	Chirurgie	Mocquot.
Broussais	Médecine	Marchal.
	Chirurgie	J. Berger.
Boucicaut	Médecine	Carrié.
	Chirurgie	Dujarier.
Vaugirard	Chirurgie seulement	Pierre Duval.
Ambroise-Paré (Boulogne-sur-Seine)	Médecine	Jacquelin.
	Chirurgie	Desmarest.
Saint-Louis	Chirurgie seulement	Moure.
Andral	Médecine seulement	Coste.
Salpêtrière	Chirurgie seulement	Gosset.
Maison de Retraite des Ménages (Issy-les-Moulineaux)	Chirurgie seulement	Lardennois.

2° ENFANTS

				MM.
Ambroise-Paré (Boulogne-sur-Seine)		Tous les jours (sauf le Dimanche)	9 h.	Lemaire.
Enfants-Malades	Médecine.	Lundi	9 h.	Nohécourt.
		Mardi	9 h.	Apert.
		Mercredi	9 h.	Weill-Hallé.
		Jeudi	9 h.	Hallé.
		Vendredi	10 h.	Aviragnet.
		Samedi	9 h.	Weill-Hallé.
		Dimanche	9 h.	A tour de rôle par les 5 médecins.
	Chirurgie.	Tous les jours	9 h.	Ombrédanne.
Bretonneau	Médecine.	Mercredi	8 h.	Guillemot.
		Samedi	8 h.	Henri Grenet.
		Dimanche	8 h.	A tour de rôle par les 2 médecins
		Lundi, Mardi, Jeudi et Vendredi	8 h.	Marquézy.
	Chirurgie.	Tous les jours	8 h.	Picot.
Trousseau	Médecine.	Tous les jours (sauf les Lundi et Jeudi)	8 h. 1/2	J. Hutinel
		Lundi	8 h. 1/2	Papillon.
		Jeudi	8 h. 1/2	Lesné.
	Chirurgie.	Tous les jours	9 h.	Sorrel.
Hérold	Médecine.	Tous les jours, sauf le Vendredi	9 h.	Janet.
		Vendredi	9 h.	Armand-Delille.
Enfants-Assistés	Médecine.	Lundi, Mardi, Mercredi et Vendredi	9 h.	Lereboullet.
	Chirurgie.	Mardi, Jeudi et Samedi	10 h.	Veau.
Saint-Louis (Hôpital d'Enfants)	Médecine.	Tous les jours	9 h.	Bahonueix.
	Chirurgie.	Tous les jours	9 h.	Mouchet.

II. — MÉDECINE ET CHIRURURGIE GÉNÉRALES

(Consultations du soir)

				MM.
Cochin	Médecine.	Mardi, Vendredi	20 h.	Debray.
	Chirurgie.	Mardi, Veudredi	20 h.	Robert Monod.
Tenon	Médecine.	Mardi, Samedi	18 h. 1/2	Nicaud.
	Chirurgie.	Mardi, Samedi	18 h. 1/2	Maurer.

III. — INSTITUTS DE PUÉRICULTURE

				MM
Hôtel-Dieu	Consultations de nourrissons.	Mardi, Samedi	9 h.	Chiric.
		Jeudi	14 h.	—
Pitié	—	Mardi	9 h.	Jeannin.
		Samedi	14 h.	—
Charité	—	Mercredi	9 h.	Vignes.
Saint-Antoine	—	Lundi, Jeudi	9 h.	Lévy-Solal.

Beaujon	Consultations de nourrissons.	Lundi	13 h. 1/2	Levant.
Lariboisière	—	Mardi, Jeudi et Samedi	9 h.	Devraigne.
		Samedi	14 h.	—
Tenon	—	Mardi, Samedi	9 h.	Ecalle.
		Jeudi	14 h.	—
Boucicaut	—	Mardi, Mercredi et Samedi	13 h 1/2	Le Lorier.
Saint-Louis	—	Mardi, Samedi	14 h.	Cathala.
Maternité	—	Lundi, Mercredi et Vendredi	14 h.	Rudaux.
Baudelocque	—	Samedi	9 h.	Couvelaire.
		Mardi, Jeudi	14 h.	—
Tarnier	—	Lundi, Mardi	9 h.	Brindeau.
		Jeudi	8 h. 1/2	—
		Samedi	14 h.	—
Bretonneau	—	Mardi, Jeudi et Samedi	9 h. 1/2	Marcel Metzger.
Enfants-Assistés	—	Jeudi, Samedi	9 h.	Lereboullet

IV. — VACCINATION

VACCINATION ANTITYPHOÏDIQUE

1° ADULTES

Cochin	Vendredi	18 h.
Saint-Antoine	Samedi	15 h.
Lariboisière	Samedi	17 h. 1/2

2° ENFANTS

Bretonneau	Mardi, Jeudi	9 h.
Trousseau	Mercredi, Jeudi et Vendredi	9 h.

VACCINATION ANTIDIPHTÉRIQUE

Saint-Louis (Annexe Grancher)	Jeudi	de 14 à 15 h.
Bretonneau	Lundi, Mardi, Jeudi et Vendredi	9 h.
Enfants-Malades	Tous les jours (sauf le Dimanche)	10 h.
Trousseau	Jeudi et Dimanche	9 h.
Hérold	Jeudi	8 h. 1/2

V. — MALADIES SPÉCIALES

				MM.
Femmes enceintes.	*Hôtel-Dieu*	Lundi, Mercredi et Vendredi	9 h.	Chirié.
	Pitié	Tous les jours	9 h. 1/2	Jeannin.
	Charité	Lundi, Vendredi	9 h.	Vignes.
	Saint-Antoine	Tous les jours	9 h.	Lévy-Solal.
	Beaujon	Lundi, Mercredi et Vendredi	9 h.	Levant.
	Lariboisière	Tous les jours	9 h.	Devraigne.
	Tenon	Lundi, Mercredi et Vendredi	9 h.	Ecalle.
	Boucicaut	Lundi, Mercredi et Vendredi	9 h.	Le Lorier.
	Saint-Louis	Mardi, Vendredi	9 h.	Cathala.
	Maternité	Mardi, Jeudi et Samedi	9 h.	Rudaux.
		Lundi, Mercredi et Vendredi	15 h.	
		Tous les jours de 8 à 12 h. et de 14 à	18 h.	
	Baudelocque	Tous les jours, de 8 à 12 h. et de 14 à	18 h.	Couvelaire.
		(A la fondation Valancourt.)		
		(*En dehors de ces heures, dans le service.*)		
	Tarnier	Tous les jours et à toute heure		Brindeau.
	Bretonneau	Lundi, Mercredi, Vendredi	9 h. 1/2	Marcel Metzger.

Gynécologie. (Maladies des femmes.)	*Hôtel-Dieu*	Mercredi, Vendredi	9 h.	Hartmann.
		Mercredi (suite de couches)	9 h.	Chirié.
	Pitié	Lundi, Mardi	9 h. 1/2	Jeannin.
		Samedi	14 h.	
		Lundi, Mercredi	9 h. 1/2	Chevrier.
		Lundi, Mercredi et Vendredi	9 h.	Fredet.
	Charité	Lundi	9 h.	Baumgartner.
		Jeudi	9 h.	Vignes.
		Vendredi	9 h. 1/2	Descomps.
	Saint-Antoine	Lundi, Mercredi et Vendredi	9 h.	Lejars.
		Mardi, Jeudi et Samedi	9 h.	Lapointe.
		Lundi, Vendredi	10 h.	Lévy-Solal.
	Necker	Mercredi, Samedi	9 h.	Schwartz.
		Mercredi, Vendredi	9 h.	Robineau.
	Cochin	Lundi, Mercredi et Vendredi	8 h. 1/2	Delbet.
	Beaujon	Mardi	9 h.	Levant.
		Mercredi	9 h.	Proust.
	Lariboisière	Mercredi	10 h.	Devraigne.
	Tenon	Lundi, Jeudi	9 h.	Grégoire.
		Mardi, Jeudi et Samedi	9 h	Ecalle.
	Laënnec	Mardi, Jeudi et Samedi	9 h.	Auvray.
	Broussais	Mercredi	10 h.	Bréchot.
	Boucicaut	Mardi	9 h.	Le Lorier.
		Vendredi	20 h.	
		Samedi	9 h.	Dujarier.
	Vaugirard	Lundi	9 h.	Pierre Duval.
	Ambroise-Paré (Boulogne-sur-Seine)	Mardi, Samedi	9 h.	Desmarest.
	Saint-Louis	Lundi, Mercredi et Vendredi	9 h.	Mathieu.
		Mercredi	9 h.	Cathala.
		Mardi, Jeudi et Samedi	10 h.	Cadenat.
	Broca	Lundi, Mercredi et Vendredi	9 h.	J. L. Faure.
	Maternité	Lundi, Vendredi	9 h. 1/2	Rudaux.
	Baudelocque	Mardi 9 h. et Samedi	14 h.	Couvelaire.
	Tarnier	Mardi, Jeudi et Samedi	9 h. 1/2	Brindeau.
	Enfants-Malades	Lundi, Mercredi et Vendredi . . De 10 à	11 h.	Basset.
	Bretonneau	Samedi	9 h.	Marcel Metzger.
	Salpêtrière	Mardi, Jeudi et Samedi	9 h. 1/2	Gosset.

Traitement de la stérilité.				MM.
	Hôtel-Dieu	Mercredi	9 h.	Chirié.
	Charité	Jeudi	9 h.	Vignes.
	Saint-Antoine	Lundi, Vendredi	10 h.	Lévy-Solal.
	Lariboisière	Vendredi	10 h.	Devraigne.
		Mardi, Jeudi et Samedi	14 h.	
	Tenon	Mardi, Jeudi et Samedi	9 h.	Ecalle.
	Boucicaut	Mardi	9 h.	Le Lorier.
	Broca	Vendredi	11 h.	J.-L. Faure.
	Maternité	Lundi, Vendredi	9 h. 1/2	Rudaux.
	Baudelocque	Mercredi	9 h. 1/2	Couvelaire.
	Tarnier	Jeudi	9 h. 1/2	Brindeau.
	Bretonneau	Lundi, Mercredi et Vendredi	9 h.	Marcel Metzger.
Consultations chirurgicales (hommes et femmes) (membres, thorax et abdomen) **Gynécologie**	*Cochin* (abdomen)	Mardi, Jeudi et Samedi	9 h.	Launay.
	Beaujon	Lundi, Jeudi	9 h.	Alglave.
	Tenon (thorax et abdomen)	Vendredi	9 h. 1/2	Roux-Berger.
	Saint-Louis	Lundi, Vendredi (*thorax et abdomen*)	9 h. 1/2	Chifoliau.
		Lundi, Mercredi et Vendredi	9 h.	Mathieu.
Nourrissons.	*Ambroise-Paré* (Boulogne-sur-Seine)	Tous les jours (*sauf le Dimanche*)	9 h.	Lemaire.
	Enfants-Malades	Lundi	10 h.	Apert.
		Mercredi	10 h.	Aviragnet.
		Jeudi	10 h.	Nobécourt.
		Vendredi	10 h.	Weill-Hallé.
		Samedi	10 h.	Hallé.
	Trousseau	Jeudi	9 h.	Lesné.
	Salpêtrière	Lundi, Mercredi et Vendredi	10 h.	Ribadeau-Dumas.
Rééducation des défauts de prononciation pour malformation congénitale.	*Enfants-Assistés*	Jeudi	14 h.	Veau.
Enfants arriérés.	*Enfants-Malades*	Mercredi	14 h.	Aviragnet.
		Samedi	9 h.	
Maladies cutanées et syphilitiques.	*Saint-Louis*	Lundi	9 h. / 18 h.	Miliau.
		Mardi	9 h. / 18 h.	Louste.
		Mercredi	9 h. / 20 h.	Sézary. / Gougerot.
		Jeudi	9 h. / 18 h.	Ravaut.
		Vendredi	9 h. / 18 h.	Lortat-Jacob.
		Samedi	9 h. / 18 h.	Gougerot. / Sézary.
		Dimanche	9 h.	A tour de rôle par les 6 médecins.
	Cochin	Mardi	9 h.	N...
		Mardi	20 h.	Pinard.
		Mercredi	9 h.	
		Jeudi	20 h.	N...
		Vendredi	9 h.	
		Vendredi	20 h.	Pinard.
		Samedi	9 h.	
		Dimanche	9 h.	A tour de rôle MM. Pinard, Chevassu et N...
	Broca. maladies cutanées	Mardi, Jeudi et Samedi	9 h.	Weissenbach.
		Lundi, Mercredi et Vendredi	9 h.	Touraine.
		Dispensaire Fracastor :		
	Broca. syphilis	Tous les jours	9 h.	Weissenbach.
		Mardi, Jeudi et Samedi	18 h. 45	
		Dispensaire Fournier :		
	Broca. syphilis	Tous les jours	9 h.	Touraine
		Lundi, Mercredi et Vendredi	18 h.	
	Pitié (Dispensaire antisyphilitique de la maternité).	Mercredi . . . . 18 h. Samedi	16 h.	Jeannin
	Charité	Mardi, Vendredi	18 h. 30	Sézary.
	Saint-Antoine	Mardi, Vendredi. 19 h. à	20 h.	Tzanck.
	Beaujon	Lundi, Jeudi	20 h. 30	Louste.
	Lariboisière (dispens. antisyphil. de la maternité).	Mardi, Jeudi et Samedi	9 h.	Devraigne.
	Bichat	Lundi, Vendredi	18 h. 30	M. Renaud.
	Boucicaut	Lundi, Jeudi	20 h.	N.....
	Tenon	Lundi, Jeudi	18 h.	Touraine.
		FEMMES ENCEINTES, MÈRES, NOURRICES ET NOURRISSONS		
	Maternité (Dispensaire antisyphilitique de la maternité)	Mardi	9 h. 1/2	Rudaux et Flandin.
	Baudelocque (Dispensaire antisyphilitique de la maternité).	Lundi, Mercredi	14 h.	Couvelaire et Pinard.
		Vendredi	9 h.	
	Tarnier	Lundi	10 h.	Brindeau.
	Necker-Enf.-Malad.	Mercredi	10 h.	Hallé.
	Trousseau (Dispensaire antisyphilitique).	Mercredi	9 h.	Lesné.
		Samedi	14 h.	
Maladies exotiques.	*Saint-Louis*	Mardi	9 h.	Gougerot.
	Charité	Mercredi	9 h.	Darré.

				MM.
Blennorragie.	*Lariboisière*	Tous les jours (sauf Dimanches et Fêtes)	9 h.	Marion.
	Saint-Louis	Tous les jours. 8 h. et	19 h.	Heitz-Boyer.
	Broca (Disp. Fournier)	Lundi, Mercredi et Vendredi	18 h.	Touraine.
	Tenon	Lundi, Jeudi	18 h.	Touraine.
Maladies des voies urinaires.	*Hôtel-Dieu*	Lundi, Jeudi	9 h.	Hartmann.
	Necker	Tous les jours, même le dimanche (hommes)	9 h.	Legueu.
		Tous les jours, sauf le dimanche (femmes)	9 h.	
	Cochin	Lundi, Jeudi	9 h.	Chevassu.
	Beaujon	Tous les jours (hommes). De 9 à	10 h.	Michon.
		Mardi, Jeudi, Samedi (femmes). De 9 à	10 h.	
	Lariboisière	Tous les jours, sauf les dimanches et fêtes	9 h.	Marion.
	Vaugirard	Lundi	9 h.	Pierre Duval.
	Saint-Louis	Tous les jours	8 h.	Heitz-Boyer.
	Salpêtrière	Mardi, Vendredi	10 h.	Gosset.
Maladies des os et des articulations.	*Saint-Louis*	Mardi	9 h.	Léri.
Orthopédie.	*Saint-Louis* (Hôpital d'enfants)	Lundi, Mercredi, Jeudi	10 h.	Mouchet.
	— (Adultes)	Lundi, Mercredi, Vendredi	9 h.	Mathieu.
	Enfants-Malades	Tous les jours (sauf le dimanche)	10 h.	Ombrédanne.
	Trousseau (pr enf. seul.)	Lundi, Mercredi, Vendredi	9 h.	Sorrel.
	Bretonneau (pr enf. seul.)	Mardi, Jeudi, Samedi	8 h.	Picot.
	Enfants-Assistés (Pour les enfants seulement)	Lundi, Mercredi, Vendredi	9 h.	Veau.
Maladies nerveuses et mentales.	*Salpêtrière*	Lundi (maladies nerveuses)	8 h. 1/2	A tour de rôle, MM. Guillain et Crouzon
		Mardi —	8 h. 1/2	Guillain.
		Mercredi —	8 h. 1/2	Crouzon.
		Vendredi (maladies mentales)	8 h. 1/4	Vurpas.
		Samedi —	10 h.	Nageotte.
	Hôtel-Dieu	Mardi (maladies nerveuses)	9 h.	Sainton.
	Pitié	Mardi —	8 h. 1/2	Laignel-Lavastine.
		Samedi — (malades anciens)	8 h. 1/2	
		Jeudi —	9 h.	Vincent.
	Saint-Antoine	Mardi —	9 h.	Faure-Beaulieu.
		Mercredi, Vendredi (maladies nerveuses)	10 h.	Comte.
		Samedi (épilepsie et maladies convulsives)	9 h. 1/2	Pagniez.
	Necker	Mercredi (neurologie chirurgicale)	9 h.	Robineau.
	Beaujon	Mardi (maladies nerveuses)	9 h. 1/2	de Massary.
	Laennec	Lundi —	9 h.	Beaudouin.
	Broussais	Mercredi —	9 h.	Dufour.
	Ambroise-Paré (Boulogne s.-Seine)	Mardi —	9 h. 1/2	Monier-Vinard.
	Saint-Louis	Mardi —	9 h.	Léri.
		Mercredi (maladies nerveuses des enfants)	9 h. 1/2	Babonneix.
		Vendredi (maladies mentales des enfants)	9 h. 1/2	
	Bicêtre	Vendredi (épileptiques)	11 h.	Maillard.
	Ivry	Mereredi (maladies nerveuses)	10 h.	Gautier.
Maladies des yeux.	*Hôtel-Dieu*	Tous les jours	9 h.	Terrien.
	Pitié	Tous les jours (sauf les dim. et jours fériés)	9 h.	Cerise.
	Saint-Antoine	Mardi, Mereredi, Jeudi, Samedi	9 h.	Velter.
	Necker-Enf.-Malad.	Tous les jours (sauf les dimanches)	9 h.	Monthus.
	Cochin	Tous les jours (sauf les dimanches)	9 h.	Bollack.
	Beaujon	Tous les jours	9 h.	Coutela.
	Lariboisière	Tous les jours	8 h.	Poulard.
	Tenon	Tous les jours (sauf les dimanches et fêtes)	9 h.	Magitot.
	Laennec	Tous les jours (sauf les dimanches et fêtes)	9 h.	Cantonnet.
	Saint-Louis	Tous les jours (sauf les dimanches et fêtes)	9 h.	Dupuy-Dutemps.
	Trousseau	Mardi, Jeudi, Samedi	9 h.	Prélat.
	Ambr.-Paré (B.-s.-S.)	Lundi, Mereredi, Vendredi	9 h.	Monbrun.
Maladies du larynx, du nez et des oreilles.	*Saint-Antoine*	Mardi, Jeudi, Samedi	9 h.	Grivot.
	Lariboisière	Lundi, Mercredi, Vendredi (malades anciens)	9 h.	P. Sebileau.
		Mardi, Jeudi, Samedi (malades nouveaux)	9 h.	
	Tenon	Tous les jours (sauf les dimanches et fêtes)	9 h.	Hautant.
	Pitié	Tous les jours (sauf les dimanches et fêtes)	9 h.	Halphen.
	Beaujon	Tous les jours (dimanche excepté)	9 h.	Baldenweck.
	Laënnec	Lundi, Mercredi, Vendredi (malades nouveaux)	9 h.	Bourgeois.
		Mardi, Jeudi, Samedi (malades anciens)	9 h.	
	Saint-Louis	Lundi, Mereredi, Vendredi (malades nouveaux)	9 h.	Lemaitre.
		Mardi, Jeudi, Samedi (malades anciens)	9 h.	
	Boucicaut	Tous les jours (sauf le dimanche)	9 h.	Moulonguet.
	Enfants-Malades	Lundi, Mereredi et Vendredi (adultes)	9 h.	Le Mée.
		Mardi, Jeudi et Samedi (enfants)	9 h.	
	Trousseau (pr enf. seul.)	Lundi, Mereredi, Vendredi (malades anciens)	9 h.	Rouget.
		Mardi, Jeudi, Samedi (malades nouveaux)	9 h.	
	Bretonneau (pr enf. seul.)	Tous les jours (sauf les dimanches et fêtes). de 8 à	9 h.	André Bloch.
	Hérold	Lundi, Mercredi et Vendredi	9 h.	Bouchet.
	Ambr.-Paré (B.-s.-S.)	Mardi, Jeudi et Samedi	9 h.	Ramadier.
Maladies des voies respiratoires.	*Hôtel-Dieu*	Mardi	9 h. 1/2	Halbron.
	Charité	Samedi	9 h. 1/2	Sergent.
	Saint-Antoine (Centre de triage antituberculeux, 28, rue de Cîteaux.)	Samedi (asthme et emphysème)	9 h.	Bezançon.
		Jeudi. De 8 h. 30 à	9 h.	
	Necker	Jeudi	9 h.	Laederich.

				MM.
Maladies des voies respiratoires. (*suite*)	*Cochin* (Disp. et centre de triage antituberculeux.)	Tous les jours (sauf le dimanche)	9 h.	Pissavy.
	Beaujon (Centre de triage antituberculeux.)	Mercredi	16 h. 1/2	Debré.
		Lundi, Mardi, Mercredi, Vendredi, Samedi	9 h. 1/2	
	Lariboisière	Jeudi	9 h.	Gandy.
	Tenon	Mercredi (hommes et femmes)	9 h.	Ameuille.
	Laënnec (Dispensaire Léon Bourgeois, 65, rue Vaneau) (Centre de triage antituberculeux).	Mardi (femmes)	9 h.	
		Mercredi (hommes et femmes)	14 h.	Rist.
		Vendredi (hommes)	9 h.	
		Lundi (hommes et femmes)	14 h.	
		Jeudi (femmes)	9 h.	Léon Bernard.
		Samedi (hommes)	9 h.	
	Bichat	Jeudi	10 h.	Lemierre.
	Boucicaut (Centre de triage antituberculeux.)	Lundi, Jeudi	9 h. 1/2	Courcoux.
	Consultation pour les maladies des voies respiratoires	Mercredi (hommes et femmes)	9 h.	
	Bicêtre (Asthme)	Lundi, Mercredi, Vendredi	9 h. 1/2	Pasteur Vallery-Radot.
Maladies du cœur et des vaisseaux.	*Hôtel-Dieu*	Mardi	9 h. 1/2	Halbron.
	Pitié	Vendredi	9 h.	Aubertin.
		Mercredi	9 h.	Vaquez.
	Charité	Jeudi	9 h.	Tixier.
	Necker	Mercredi	9 h.	Brouardel.
	Lariboisière	Mardi	9 h 1/2	Clerc.
	Tenon	Mardi, Vendredi	9 h.	Lian.
	Bichat	Vendredi (Maladies des veines : varices, hémorroïdes)	10 h.	Troisier.
	Broussais	Mardi, Jeudi, Samedi	9 h.	Laubry.
	Andral	Mercredi	9 h. 1/2	René Bénard.
Maladies du sang.	*Saint-Antoine*	Mercredi	9 h.	Pagniez.
Maladies du tube digestif (estomac, intestin)	*Hôtel-Dieu*	Lundi, Mercredi, Vendredi (estomac, intestin et foie)	9 h.	Carnot.
		Mardi, Jeudi, Samedi (Anus et rectum)	9 h.	
		Samedi	9 h.	Hartmann.
	Pitié	Lundi, Mercredi	9 h.	Loeper.
		Lundi, Mardi, Mercredi, Jeudi	9 h. 1/2	Chevrier.
	Charité	Lundi	9 h.	Baumgartner.
		Vendredi (gastro-entérologie)	9 h. 1/2	Descomps.
	Saint-Antoine	Tous les jours (sauf le Dimanche)	9 h.	Bensaude.
		Tous les jours (sauf le Dimanche)	9 h.	Chabrol.
		Jeudi	9 h.	F. Ramond.
	Necker	Mardi	9 h.	Schwartz.
	Beaujon	Lundi, Mercredi, Vendredi	9 h.	Faroy.
		Mercredi (malades anciens)	9 h.	Harvier.
		Samedi (malades nouveaux)	9 h.	
	Lariboisière	Lundi	9 h.	Labey.
		Mardi	9 h.	Bernard Cunéo.
		Samedi	9 h.	Herscher.
	Tenon	Lundi, Jeudi (intestin)	9 h.	Brulé.
	Laënnec	Mercredi (consult. médico-chirurgicale)	9 h. 1/2	N...
	Broussais	Samedi	10 h.	Bréchot.
	Boucicaut	Mardi, Vendredi	9 h.	Trémolières.
	Vaugirard	Mardi, Mercredi, Jeudi	9 h.	Pierre Duval.
	Saint-Louis	Mercredi	9 h.	Cadenat.
	Hérold (pour enfants seulement)	Mardi	9 h.	Paisseau.
	Salpêtrière	Lundi, Mardi, Vendredi	9 h. 1/2	Gosset.
		Lundi, Mercredi, Vendredi	9 h.	Julien Huber.
	Ménages (Issy-les-Moulineaux)	Jeudi	9 h.	Brodin.
	La Rochefoucauld	Mardi, Vendredi	9 h.	Chiray.
	Ivry	Mercredi, Vendredi	9 h.	André Cain.
	Ambroise-Paré (Boulogne-sur-Seine)	Mardi, Vendredi	9 h.	Desmarest.
		Jeudi	9 h. 1/2	Richet.
Maladies de la nutrition (diabète, goutte, obésité).	*Hôtel-Dieu*	Lundi, Jeudi	9 h.	Rathery.
	Pitié	Lundi (hommes et femmes)	9 h. 1/2	
		Mercredi (femmes)	9 h. 1/2	M. Labbé.
		Vendredi (hommes)	9 h. 1/2	
	Charité	Lundi, Mercredi, Vendredi	9 h.	Abrami.
	Tenon	Lundi, Mercredi	9 h.	Laroche.
	Broussais	Mercredi	9 h.	Dufour.
	Andral	Mardi	9 h. 1/2	May.
	Ambroise-Paré (Boulogne-sur-Seine)	Jeudi	10 h.	Richet.
Maladies du foie et des voies biliaires.	*Pitié*	Lundi (hommes	9 h. 1/2	
		Mercredi (femmes)	9 h. 1/2	M. Labbé.
		Vendredi (hommes)	9 h. 1/2	
	Charité	Lundi, Mercredi, Vendredi	9 h.	Abrami.
	Saint-Antoine	Mercredi	10 h.	Chabrol.
	Necker	Mercredi	10 h.	Brouardel.
	Lariboisière	Jeudi	10 h.	Garnier.
		Samedi	9 h.	Herscher.
	Tenon	Lundi, Jeudi	9 h.	Brulé.
	Saint-Louis	Mercredi	9 h.	Cadenat.
	Andral	Lundi, Mercredi, Vendredi	9 h.	Faroy.

Maladies du foie et des voies biliaires (*suite*)				MM.
	Ménages (Issy-les-Moulineaux)	Jeudi	9 h.	Brodin.
	La Rochefoucauld	Mardi, Vendredi	9 h.	Chiray.
	Ambroise-Paré (Boulogne-sur-Seine)	Jeudi	9 h. 1/2	Richet.
Maladies du rein.	*Hôtel-Dieu*	Lundi, Jeudi	9 h.	Rathery.
	Charité	Lundi, Mercredi, Vendredi	9 h.	Abrami.
	Necker	Mercredi	10 h.	Brouardel.
	Cochin (consultation chirurgicale)	Tous les jours (sauf le Dimanche)	9 h.	Chevassu.
	Tenon	Mardi, Vendredi	9 h.	Lian.
	Bicêtre	Lundi, Mercredi, Vendredi	9 h. 1/2	Pasteur Vallery-Radot.
	Ivry	Mercredi	10 h.	Gautier.
Maladies des glandes endocrines.	*Hôtel-Dieu*	Mardi	9 h.	Sainton.
		Jeudi	10 h.	Stévenin.
	Cochin	Jeudi	10 h.	Achard.
	Tenon	Lundi, Mercredi	9 h.	Laroche.
	Andral	Mardi	9 h. 1/2	May.
Rhumatismes.	*Hôtel-Dieu*	Lundi, Jeudi	9 h.	Rathery.
	Cochin	Lundi, Vendredi	9 h.	Achard.
	Saint-Antoine	Mardi	9 h.	Bezançon.
Intoxication (Anaphylaxie).	*Ambroise-Paré* (Boulogne-sur-Seine)	Jeudi	9 h.	Richet.
	Bicêtre	Lundi, Mercredi, Vendredi	9 h. 1/2	Pasteur Vallery-Radot.
Maladies justiciables de cures aux eaux minérales et aux stations climatiques	*Necker*	Tous les jours (sauf le Dimanche)	9 h.	Villaret.
Consultation de physiothérapie.	*Hôtel-Dieu*	Lundi, Mercredi, Vendredi	9 h.	Carnot.
Consultations dans les Services de Radiumthérapie. (Maladies justiciables d'un traitement par la curiethérapie et les Rayons X pénétrants.)	*Hôtel-Dieu*	Lundi	15 h.	Hartmann.
		Jeudi	9 h.	
	Saint-Antoine	Lundi, Vendredi	9 h.	Lapointe
	Necker	Vendredi	9 h.	Robineau.
	Lariboisière	Lundi, Vendredi	9 h.	Labey.
	Tenon	Mercredi (hommes)	10 h.	Gernez.
		Vendredi (femmes)	10 h.	
	Salpêtrière	Tous les jours	9 h.	Gosset.
Maladies des dents.	*Hôtel-Dieu*	Tous les jours (sauf le dimanche)	9 h.	Béliard.
	Pitié	Lundi, Mercredi, Jeudi, Samedi (Malades nouv. et opérations)	9 h.	Bozo.
		Tous les jours (traitement et pansement)	9 h.	
	Charité	Mardi, Samedi	9 h.	Maurel.
	Saint-Antoine	Lundi, Vendredi	9 h.	Coustaing.
	Cochin	Tous les jours (sauf le dimanche)	9 h.	Lebedinsky.
	Beaujon	Mardi, Samedi	9 h.	Schaefer.
	Lariboisière	Tous les jours (sauf le dimanche)	9 h.	Rousseau-Decelle.
	Tenon	Mardi, Vendredi	9 h.	Lacronique.
	Laënnec	Mardi, Samedi	9 h.	Darcissac.
	Broussais	Lundi, Vendredi	9 h.	Puig.
	Boucicaut	Mardi, Vendredi	9 h.	Fargin-Fayolle
	Vaugirard	Mardi, Samedi	8 h. 1/2	L'Hirondel.
	Saint-Louis	Tous les jours (sauf le dimanche)	9 h.	Chompret.
	Necker-Enf.-Malad.	Mardi, Jeudi (enfants)	9 h.	Gornouec
		Mardi, Samedi (adultes)	9 h.	
	Bretonneau	Mercredi, Samedi	9 h.	Izard.
	Trousseau	Lundi, Vendredi	9 h.	Lemerle.
	Hérold	Jeudi	9 h. 1/2	Ruppe.
	Enfants-Assistés	Mardi, Vendredi	9 h. 1/2	Mahé.

Délivrance aux personnes munies d'un Certificat émanant du Bureau de Bienfaisance de leur Arrondissement

d'Appareils orthopédiques,	*Hôtel-Dieu*	Mercredi	10 h.	Dujarier.
de Bandages.	*Hôtel-Dieu*	Mardi, Samedi	10 h.	Brocq.

LISTE

des Congrès et Manifestations médicales en 1930

14-19 Avril. — LIVe Congrès de l'avancement des Sciences, Alger. Pour renseignements complémentaires s'adresser au Dr Viallet, 7, rue Ledru-Rollin, Alger.

20 Avril. — VIIe Congrès national de la tuberculose, Bordeaux.

Rapports présentés :

Le problème de la bactériolyse du bacille tuberculeux, par MM. Bezançon, A. Philibert et J. Paraf (Paris).

Le diagnostic de l'activité de la tuberculose pulmonaire, MM. Leuret et Caussimon (Bordeaux).

Comment rendre accessible aux tuberculeux indigents le traitement par le pneumothorax à l'hôpital, au sanatorium-hôpital, au sanatorium et au dispensaire, par MM. Kuss (Paris), Secousse et Piéchaud (Bordeaux).

La prophylaxie de la tuberculose dans l'armée, par M. le médecin-major de 1re classe Pilod (du Val-de-Grâce).

Conférence sur une question d'actualité par un médecin de langue française.

Pour tous renseignements s'adresser au Comité national de défense contre la tuberculose, 66 *bis*, rue Notre-Dame-des-Champs, Paris (VIe).

7-14 Avril. — IVe Congrès de la Société internationale d'Urologie, Madrid. Secrétaire général M. O. Pasteau, 13, avenue de Villars, Paris.

5-10 Mai. — Congrès international d'Hygiène mentale, à Washington. S'adresser John R. Shillady, 370, 7th Avenue, New-York.

10-12 Mai. — Réunion médicale et pharmaceutique franco-belge à Lille. S'adresser au Secrétaire de la Faculté de Médecine de l'Université de Lille.

12 Mai. — XLIIIe Congrès de la Société française d'Ophtalmologie de la Faculté de Médecine de Paris.

Rapport présenté :

Biomicroscopie du cristallin à l'état normal et pathologique, par MM. Duverger et Velter.

Secrétaire général : Dr René Onfray, 6, avenue de la Motte-Picquet, VIIe.

18-20 Mai. — IXe Congrès italien de Radiologie médicale, Turin.

Pour tous renseignements s'adresser à l'Institut de Radiologie, 29, via Cavour, Turin.

19-21 Mai. — IIe Congrès international du Paludisme à Alger. Pour tous renseignements s'adresser au Secrétariat général du Congrès, Institut Pasteur, Alger.

26-28 Mai. — XVe Congrès de Médecine légale de langue française, Paris. Président Dr Dervieux, 13, boulevard Saint-Michel, Paris.

6-8 Juin. — IVe Congrès de la Société française d'Oto-neuro-ophtalmologie, Bruxelles.

Rapports présentés :

Les troubles des mouvements associés des yeux, par MM. Di Marzio et Fumarola (de Rome).

Les paralysies laryngées, par MM. Terracol, Euzière et Pagès (de Montpellier).

Secrétaire général : Dr Velter, 38, avenue du Président-Wilson, Paris.

8-9 Juin. — Ve Journées thermales du Centre, Clermont-Ferrand. Pour les adhésions s'adresser au *Centre médical*, 21, place Bréchimhault, Moulins-sur-Allier.

28-29 Juin. — Congrès annuel de la Société tchécoslovaque à Zlin et à Luhacovice (Moravie).

Pour tous renseignements s'adresser au président du Congrès, M. le Dr Schulz, Chodska 16, Prague XII.

10-12 Juillet. — XXe Congrès ophtalmologique d'Oxford. Secrétaire du Congrès : M. C. G. Russ Wood, 12, st. John's Hiel, Shrewsbury.

20-25 Juillet. — 1er Congrès international de Microbiologie, Paris.

I. Rapports présentés :

Première section : *Microbiologie médicale et vétérinaire.*

Variabilité microbienne ; phénomènes lytiques, par MM. J. Bordet, d'Hérelle, Ledingham, Max Neisser, Twort.

Scarlatine (étiologie, prophylaxie, thérapeutique), par MM. Cantacuzène, Debré, Dick, Dochez, Fricdemann, Teissier, Zlatogoroff.

Eléments filtrables des virus neurotropes (épidémiologie, thérapeutique), par MM. Doerr, Flexner ou Rivers, Levaditi, Netter.

Fièvre ondulante et avortement épizootique, par MM. Kling, Rinjard, Th. Smith G. Vernoni, Wright.

Pathogénie du choléra, par MM. Kitashima, Sanarelli.

Grippe (étiologie), par M. R. Pfeiffer.

Deuxième section : *Sérologie et immunité.*

Lipoïdes dans l'immunité, par MM. Belfanti, Sachs.

Culture des tissus, par MM. Canti, Carrel, Fischer, Warburg.

Groupes sanguins, par MM. Hirzfeld, Landsteiner, Lattès.

Troisième section : *Botanique et parasitologie.*

La décomposition du squelette végétal dans le sol et la formation de la matière humique, par M. Winogradsky.

Immunité chez les plantes, par M. Carbone.

Spirochétoses d'origine hydrique, par MM. Buchanan, Uhlenhuth.

Spirochétoses sanguines (tiques et poux), par M. Ch. Nicolle.

Bartonelloses et infections sanguines des animaux splénectomisés, par M. Martin Mayer.

II. Conférences et démonstrations au laboratoire :

Conférence sur un sujet d'épidémiologie : M. S. Flexner.

Tuberculose et vaccination antituberculeuse : M. Calmette et ses collaborateurs.

Floculation des sérums thérapeutiques. Vaccination anti-diphtérique : MM. Ramon, Park, Wardsworth.

Bactériologie médicale : MM. H. Vincent (Collège de France).

Biologie : M. Fauré-Frémiet (Collège de France).

Conférences et démonstrations de bactériologie médicale : M. Lemierre et ses collaborateurs (Faculté de Médecine).

Syphilis expérimentale et immunité : M. Kolle.

Culture des tissus et des tumeurs : MM. Borrel, Canti, Fisher.

Spirochétose ictérohémorragique : M. Inada.

Fièvre jaune : MM. Aragao, Hindle, Hudson, Marchoux, Pettit.

Paludisme : M. le colonel Russell:

Culture des protozoaires et physiologie des protozoaires en culture pure : M. Mesnil et ses collaborateurs.

Bilharziose, culture de trypanosomes, d'amibes et d'helminthes : M. Brumpt et ses collaborateurs (Faculté de Médecine).

Sont en outre inscrits pour des démonstrations de parasitologie : MM. Füllehorn, Nuttall.

S'adresser à M. Dujarric de la Rivière, Institut Pasteur, 25, rue Dutot, Paris.

21-26 Juillet. — XXXIVe session du Congrès des médecins aliénistes et neurologistes de France et des pays de langue française à Lille. S'adresser au secrétaire général : M. Pierre Combemale, 93, rue d'Esquermes, Lille.

26-27 Juillet. — Xe Congrès belge de Neurologie et de Psychiatrie, Liége. Secrétaire général, Dr Leroy, 30, rue Hemricourt, Liége.

3-9 Août. — IIe Congrès de la Société internationale pour la recherche sur la sexualité, à Londres. S'adresser au professeur F. A. E. Crew, The University West Mains Road, Edinburgh.

5-9 Août. — VIIIe Congrès international de Dermatologie et de Syphiligraphie à Copenhague.

Rapports présentés :

Etiologie et pathogénie de l'eczéma : Rapporteurs : MM. Darier (Paris), Jadassohn (Breslau). Co-rapporteurs : MM. Bloch (Zurich), Krzysztalowicz (Varsovie), Oppenheim (Vienne), Pusey (Chicago), Sabouraud (Paris), Samberger (Prague), Whitfield (Londres).

Immunité, réinfection et superinfection dans la syphilis : Rapporteurs : NM. Truffi (Padoue), Wade Brown (New-York). Co-rapporteurs : MM. Arzt (Vienne), Hoffmann (Bonn), Matsumoto (Kyoto), Stokes (Philadelphie), Nékam (Buda-Pesth), Mestscherski (Moscou).

La tuberculose cutanée et son traitement : Rapporteurs : MM. Adamson (Londres), M. Reyn (Copenhague) Co-rapporteurs : MM. Bruusgaard (Oslo), Covisa (Madrid), François (Anvers), Van der Valk (Groningue), Volk (Vienne).

S'adresser au secrétaire général, Dr. Svend Lombolt, Raadhuspladsen 45, Copenhague, avant le 1er Avril 1930.

12-15 Août. — VIIe conférence de l'Union internationale contre la tuberculose.

La VIIe conférence de l'Uaion internationale contre la tuberculose se réunira à Oslo, du mardi 12 au vendredi 15 Août 1930

Le Comité d'ogaaisation de la conférence serait désireux de recevoir toutes les adhésions à la VIIe conférence de l'Union internationale contre la tuberculose avant le 15 Mai 1930. En conséquence, les personnes de nationalité française qui désirent s'inscrire comme « membres de la conférence » devront adresser leur demande au Comité national de défense contre la tuberculose et verser une cotisation de 25 couronnes norvégiennes.

Les membres de la famille des participants à la conférence pourront jouir des mêmes avantages que les membres régulièrement inscrits, moyennant une cotisation réduite de 15 couronnes. Cette cotisation ne donne cependant pas droit à la réception du volume des comptes rendus officiels de la conférence.

Les participants à la conférence recevront, en temps opportun, tous renseignements utiles pour l'organisation de leur voyage.

Le Comité d'organisation prendra également des mesures pour obtenir des réductions sur les prix de logement et de repas. Une circulaire ultérieure en indiquera les détails.

Il est également prévu des excursions à tarif réduit, en vue de faciliter aux membres de la conférence la visite des principaux établissements antituberculeux de Norvège, ainsi que des sites les plus pittoresques.

Pour tous renseignements complémentaires s'adresser au Comité national de défense contre la tuberculose, 66, boulevard Saint-Michel, Paris (6e).

18-21 Août. — IIe Congrès international de pédiatrie, Stockholm.

1. Sur le désir exprimé de divers côtés, le Congrès a

été retardé d'un jour et aura lieu, par conséquent, du 18 au 21 Août 1930.

2. S'inspirant des suggestions émises par les divers Comités nationaux, le Comité d'organisation a décidé d'inscrire à l'ordre du jour du Congrès les sujets suivants : *a*) Les effets biologiques des irradiations ultra-violettes directes et indirectes. *b*) Le rôle physiologique et pathologique du système thymo-lymphatique *c*) La psychologie et la psychopathologie de l'enfance dans l'enseignement de la pédiatrie et leur application à la médecine sociale.

Les noms des rapporteurs seront publiés prochainement, ainsi que ceux des orateurs désignés par les Comités nationaux pour intervenir dans la discussion (Après la lecture des rapports et les discours des dits orateurs, la discussion sera libre).

3. Outre les rapports sur les sujets ci-dessus, des communications sur des sujets choisis par leurs auteurs seront présentées au Congrès. Ces communications devront être annoncées au secrétariat le 1er Avril 1930 au plus tard.

4. Le temps de parole des différents orateurs est provisoirement limité comme suit : *a*) Rapports : 40 minutes. *b*) Interventions des orateurs désignés par les Comités nationaux dans la discussion des rapports : 10 minutes. *c*) Autres interventions dans la discussion des rapports : 5 minutes. *d*) Communications sur des sujets libres : 15 (peut-être 20) minutes. *e*) Interventions dans la discussion des dites communications : 5 minutes

5. Les communications sur des sujets libres devront être inédites, c'est-à-dire porter sur des recherches n'ayant pas été publiées auparavant.

6. La cotisation est fixée à 20 couronnes suédoises pour les congressistes et à 10 couronnes pour chacun des membres de leur famille les accompagnant.

7. Après la clôture du Congrès, les trois voyages collectifs suivants seront organisés à l'intention des congressistes : *a*) Stockholm—Dalécarlie (Falun, lac Siljan)—Gothembourg ou Stockholm. Durée : 2 jours. Prix : 120 couronnes (comprenant : voyage en 2e classe, repas, logement, excursions, guide et pourboires). *b*) Stockholm—Jämtland—Trondhjem (Norvège) —Stockholm. Durée : 3 jours et demi. Prix : 225 couronnes (comprenant : voyage en 2e classe avec couchette, repas, logement, excursions, guide et pourboires). En cas d'arrêt du voyage à Trondhjem, le prix sera de 180 couronnes. *c*) Stockholm—Visby (île de Gotland)—Stockholm par avion. Durée : 1 jour. Prix : 150 couronnes (y compris repas, logement, excursions en automobile dans l'île de Gotland, guide et pourboires).

Prière de s'inscrire pour ces voyages aussitôt que possible et au plus tard le 1er Juillet, en joignant à la demande d'inscription une somme de 50 couronnes.

8. Prière d'adresser les adhésions et toute correspondance relative au Congrès au *IIe Congrès International de Pédiatrie, Stockholm, Suède.* Adresse télégraphique : *Pediatrie. Stockholm.*

En même temps que les adhésions, il est recommandé d'envoyer par mandat-poste ou par chèque le montant de la cotisation. Afin d'éviter les erreurs, il est indispensable que tous noms et adresses soient écrits en caractères d'imprimerie ou dactylographiés. Des renseignements complémentaires seront fournis ultérieurement.

14-18 Septembre. — Ve Congrès international de physiothérapie.

Les rapports suivants sont annoncés : Résultats immédiats et éloignés de la pratique de l'éducation physique. *Rapporteurs* : MM. Ph. Tissie, président de la Ligue française d'éducation physique, à Pau ; F. Messerli, chef du bureau d'Hygiène de Lausanne, membre du Comité médical olympique; René Ledent, médecin de l'Institut provincial d'éducation physique, à Liége.

Communications. — M. Knoll (Hambourg), président de l'Union internationale médicale d'éducation physique et de sports à Hambourg : Les résultats éloignés du skieng en montagne et du skieng compétitif. — M. G.-A. Richard (Paris) : L'éducation respiratoire dans l'éducation et la culture physiques. — M. Dibowski (Lvow) : Sur la classification des jeux comparatifs d'après leurs exigences en travail musculaire. — M. Boigey (Vittel) : La cure de rajeunissement par l'exercice pendant l'âge mûr, chez l'homme et chez la femme. — M. A. Govaerts (Bruxelles) : Considérations sur la gymnastique respiratoire. — M. P. Minelle (Paris) : La pratique du sky. — M. G. Rosenthal (Paris) : 25 ans de physiothérapie dans le traitement post-opératoire des végétations adénoïdes et la prophylaxie de la tuberculose. — M. Kopp (Paris) : 1° Massothérapie dans le présent, le passé, l'avenir; 2° l'hygiène sociale par l'éducation physique. Les vœux d'Amsterdam. — M. Vinay (Milan) : Education physique et sports en Italie — Organisation de base de l'éducation physique nationale et internationale. — M. Altschul (Prague). Recherches rœntgénologiques sur l'utilisation des seuls exercices gymnastiques

Section d'actinologie. — Président : M François, à Anvers ; secrétaire : M. Lapierre, rue Edouard-Wacken, 7, à Liége.

Les rapports suivants seront présentés :

Les aliments et provitamines irradiés, par M. L. Dufestel de Paris.

Les rayons limites, par MM. Saïdmann, de Paris; De Nobele, de Gand.

Le traitement des algies, par MM. les professeurs Rosselet, de Lausanne, et Broustein, de Leningrad ; MM. F. et H. Blancard, de Paris.

L'association systématique de l'hélio et de l'actinothérapie, par M. Brody, de Grasse.

Premières communications annoncées. — 1° Professeur Haussmann, de Vienne : La thérapeutique par la lumière dans le sens d'une thérapie d'excitation par les protéines ;

2° Professeur E. R Whitmore, de Washington : L'action biologique de l'énergie radiante ultra-violette ;

3° MM. Ory et Boden, de Liége : Sensibilité et lumière ;

4° M. Messerli, de Lausanne : Nouvelles observations sur la pigmentation et la dépigmentation ;

5° M. Ory, de Liége : Rhumatisme susceptible de l'irradiation ultra-violette.

Les adhésions sont reçues par M. Dubois-Trépagne, 25, rue Louvrex, à Liége, tant pour la 1re section que pour les sections d'électro-radiologie, hydrothérapie et actinologie. La cotisation de 150 fr. est versée en compte chèques du Congrès de Physiothérapie, M. L. De Keyser, Bruxelles, n° 243065.

Seront admis comme membres associés, les personnalités s'occupant d'éducation physique et possédant un diplôme d'études supérieures de cette spécialité. La demande d'adhésion, en vertu du règlement du Congrès, doit être adressée au secrétariat du Congrès, 25, rue Louvrex, à Liége. La cotisation des associés est de 75 fr. (15 belgas).

15 Septembre. — Congrès de Stomatologie, Venise, présidence de M. Chompret (de Paris).

16-19 Septembre. — XIe Congrès de l'Association des médecins de langue française de l'Amérique du Nord à Montréal.

Rapports présentés :

Les fondements rationnels et scientifiques de la physiothérapie, par Léo Parizeau.

Les agents physiques dans la médecine industrielle, par L.-A. Gagnier.

Les agents physiques en oto-rhino-laryngologie, par Georges Bardeaux.

L'électrothérapie, l'actinothérapie et la radiothérapie en médecine infantile, par Albert Comtois et L. Gagnier.

La thérapeutique par les radiations dans certaines affections non cancéreuses, par H. Lacharité.

Les agents physiques en urologie, par Oscard Mercier.

Les agents physiques et le cancer, par J.-E. Gendrau.

Les applications de la diathermie, par Perron.

L'hydrothérapie, par De Bloie.

Les agents physiques en dermatologie, par G. Archambault et A. Marin.

L'ionisation, par O. Dufresne.

Symptomatologie et diagnostic des cholécystites, par R. Boucher.

Traitement chirurgical des cholécystites, par Albert et Achille Paquet, de Québec.

Secrétaire général : Dr Donatien Masson, 318, East Sherbrooke str, à Montréal.

23-27 Septembre. — XXIe Congrès français de Médecine (Liége).

Rapports présentés :

Pathologie médicale : Les hyperthyroïdies. — Rapporteurs : M. le professeur Marcel Labbé, MM. Azerad et Gilbert-Dreyfus, de la Faculté de Médecine de Paris; M Dautrebande, de la fondation Reine Elisabeth, à Bruxelles; M. le professeur Bérard, de la Faculté de Médecine de Lyon.

Pathologie générale : Le métabolisme du calcium. — Rapporteurs : M. L. Brull de la Faculté de Médecine de Liége; MM. M. P. Weil et Guillaumin, de la Faculté de Médecine de Paris; M. le professeur Mouriquand, de la Faculté de Médecine de Lyon.

Thérapeutique : Les indications thérapeutiques de l'insuline en dehors du diabète. — Rapporteurs ; M. le professeur Hoet, de la Faculté de Médecine de Louvain; M. le professeur agrégé Aubertin, de la Faculté de Médecine de Bordeaux; M le professeur G. Bickel, de la Faculté de Médecine de Genève; M. M. Le Fèvre de Arric, de la Faculté de Médecine de Bruxelles.

L'exposé de chaque groupe de rapports sera suivi de la discussion du sujet traité et de communications concernant ces sujets eux-mêmes.

Des communications pourront également être faites sur des sujets importants étrangers aux questions mises à l'étude, pour autant que leur texte ou un résumé explicite, remis au secrétaire général du Congrès avant le 1er Septembre 1930, ait reçu l'agrément du bureau.

Renseignements d'ordre pratique concernant l'adhésion et la participation active au Congrès. — Les titres des communications devront être adressée, le plus tôt possible, à M. le prof. Roskam, secrétaire général, 16, rue Beeckman, à Liége. Si le bureau du Congrès le juge utile — et nous avons vu que c'est de façon générale le cas pour les communications étrangères aux sujets rapportés — le texte *in extenso*, définitif et dactylographié ou un résumé explicite de la communication devra également lui être remis avant le 1er Septembre. L'étendue des communications n'excédera, en aucun cas, 6 pages d'impression.

Il est rappelé que les membres adhérents des Congrès français de Médecine comprennent :

1° De droit, les membres de l'Association des médecins de langue française;

2° Sous réserve d'acceptation par le bureau du présent Congrès, les médecins et savants qu'intéressent les questions médicales.

Tous participent, au même titre, aux travaux du Congrès et en reçoivent les publications.

Les étudiants en médecine et les membres non médecins de la famille des sociétaires ou adhérents peuvent être admis comme membres associés.

La cotisation pour les membres adhérents du XXIe Congrès français de Médecine est fixée à 100 fr. belges (20 belgas), celle des membres associés à 50 fr. belges (10 belgas).

Les adhésions accompagnées du montant de la cotisation sont reçues dès à présent par M. le professeur Schoofs, trésorier du Congrès, 41, rue Louvrex, à Liége (compte chèques postaux Bruxelles, n° 2739.44 du XXIe Congrès français de Médecine, rue Louvrex, 41, Liége) qui délivrera une carte de congressiste tenant lieu de quittance.

5-12 Octobre. — Congrès médical du centenaire de l'Indépendance de l'Uruguay, Montevideo. Président, le professeur Luis Morquio.

Secrétariat du Congrès, Casa de las medicos Avenida, 18 de Julio 1056, Montevideo.

6-12 Octobre, — XXXIXe Congrès de l'Association française de Chirurgie, Faculté de Médecine, à Paris.

Rapports présentés :

Préparation pré-opératoire des malades, par MM. Lambret et Sauvé..

Maladie de Kümmel-Verneuil, par MM. Mouchet et Frœlich.

Pancréatites chroniques, par MM. Brocq et Miginiac.

Secrétariat général du Congrès, 12, rue de Seine, Paris.

7-11 Octobre. — XXXe Congrès d'Urologie à Paris. Secrétaire général : M. O. Pasteau, 13, avenue de Villars, Paris.

10 Octobre. — XIIe Congrès de la Société française d'Orthopédie. Faculté de Médecine de Paris.

Rapports présentés :

La coxa vara des adolescents, par M. Huc, de Paris.

Les paralysies obstétricales du membre supérieur, par M. Rendu, de Lyon.

Secrétaire général : professeur Le Fort, 34, rue du Maire-André, Lille.

Octobre. — Congrès international d'Hydrologie, Géologie et Climatologie médicales, à Lisbonne.

Octobre. — Congrès d'Oto-Rhino-Laryngologie à Paris.

Décembre. — Congrès international de la sécurité aérienne. Siège du Congrès, 23, avenue de Messine, Paris VIIIe.

Auront encore lieu en 1930, les Congrès ci-dessous :

Ve Réunion des psychanalystes de langue française, à Paris.

Congrès de l'Association des Anatomistes, Amsterdam.

Journées médicales de Brides-les-Bains (Savoie), au début de la saison. Pour tous renseignements s'adresser à M Kermorgant, Société médicale de Brides-les-Bains (Savoie).

IVe Congrès national de Médecine à Buenos-Aires.

IIe Congrès national de Médecine de l'Equateur à Guayaquil Secrétaires : Dr Fassier, professeur de Dermatologie et Dr Pareja Boronel, professeur de médecine interne, de l'Université de Guayaquil.

Congrès international d'Histoire de la Médecine à Rome. Secrétaire du Congrès, professeur Castiglioni, de Padoue.

Ve Congrès panrusse des Radiologistes, à Moscou.

Ier Congrès panukranien des Naturalistes et des Médecins (Congrès Metchnikoff), à Odessa.

REVUE DES JOURNAUX

GAZETTE DES HOPITAUX
(*Paris*)

E. Doumer. *Les radiodermites et leur traitement* (*Gazette des Hôpitaux*, tome CIII, nº 9, 29 Janvier 1930). — D. rapporte 3 cas de radiodermite dans lesquels il eut une guérison complète par application locale, 2 ou 3 fois par jour, d'une solution huileuse de 2 à 8 pour 100 d'acide élaïérinique.

Cet acide est obtenu par oxydation de la lanoline : on l'appelait autrefois acide lipoïque.

D. avait appliqué sur lui-même, il y a 20 ans, ce traitement et il l'a employé toujours avec succès.

Robert Clément.

LE BULLETIN MÉDICAL
(*Paris*)

A. Sézary. *La nature et le traitement des douleurs fulgurantes des tabétiques* (*Le Bulletin médical*, tome XLIV, nº 1, 4 Janvier 1930). — Les douleurs fulgurantes des tabétiques sont caractérisées par leur instantanéité, leur acuité, leur survenue en séries séparées par un intervalle variable.

Elles persistent chez un certain nombre de tabétiques « fixés », résistent parfois aux traitements antisyphilitiques intensifs, peuvent être indépendantes des autres troubles de la sensibilité. Fréquentes dans le tabes, elles sont rares dans les autres affections médullaires.

S. ne pense pas que ces douleurs soient dues à l'irritation des racines postérieures, car elles sont différentes du syndrome des radiculites et des douleurs du zona. Il admet qu'elles trouvent leur origine dans le processus de régénération avortée que l'on constate à l'examen histologique des racines postérieures et des ganglions chez les tabétiques.

Ce processus de régénération avortée expliquerait les particularités des douleurs fulgurantes. L'origine des douleurs se trouverait dans les massues terminales qui se frayent un chemin dans les racines postérieures. Le heurt de ces massues contre les cellules et les fibres des racines éveillerait les douleurs aiguës et instantanées. Cette hypothèse expliquerait qu'on les trouve dans les tabes fixés, qu'elles échappent au traitement antisyphilitique. Il ne s'agit pas d'une régénération normale, mais d'une régénération entravée; c'est ce qui explique la possibilité des douleurs.

Le traitement consiste à supprimer les causes provocatrices des accès, particulièrement certains aliments mal tolérés, l'alcool, le tabac, et à recourir à une médication désensibilisante non spécifique, comme l'autohémothérapie ou les injections intraveineuses de solutions de bromure de sodium, ou d'hyposulfite de soude. Les résultats sont plus ou moins durables; on est souvent obligé de recommencer un traitement analogue au bout de quelques mois.

Robert Clément.

J. Forestier (d'Aix-les-Bains). *La douleur du tissu cellulaire sous-cutané : adiposalgie, panniculalgie* (*Le Bulletin médical*, tome XLIV, nº 4, 25 Janvier 1930). — F. rejette le terme de « cellulite » employé habituellement et il préfère celui d'*adiposalgie*, de *panniculalgie*, bien que cette affection ne soit pas uniquement le propre des obèses et puisse s'observer chez des sujets maigres.

Ce syndrome s'observe surtout à l'âge moyen de la vie, vers la cinquantaine, et principalement chez les femmes. F. a pu réunir 128 cas à Aix-les-Bains et, si on compte les formes localisées, il admet que cette affection se retrouve chez 20 pour 100 environ des rhumatisants goutteux ou endocriniens qui forment le fond de la clientèle aixoise.

Les douleurs spontanées qui caractérisent l'affection sont comparées à une sensation de courbature, de brisure, de meurtrissure ainsi que de fatigue intense au moindre mouvement. La malade cherche en vain une bonne position, elle se sent « engourdie » comme dans une carapace. La douleur diffuse peut être exacerbée par un contact superficiel, par le froid, elle est calmée par le repos au lit.

Avec la douleur, on trouve : la fragilité des capillaires sous-cutanés donnant des ecchymoses aux moindres traumatismes, la fréquence des érythèmes, surtout de l'urticaire, l'exagération des sécrétions sébacée et sudorale, un état de nervosisme particulier et des insomnies.

La palpation réveille une douleur aiguë plus ou moins localisée et permet de sentir soit des nodules, soit des placards muqueux, fibreux, ligneux ou crétacés dans le tissu cellulaire.

Le diagnostic se pose avec la maladie de Dercum — qui n'en est peut-être qu'une forme très intense —, avec les lipomatoses, les hyperesthésies cutanées et surtout les myalgies, les arthralgies, les névralgies, les phlébalgies.

Le massage, la chaleur et l'hydrothérapie sont les éléments du traitement.

Robert Clément.

ARCHIVES DES MALADIES DU CŒUR DES VAISSEAUX ET DU SANG
(*Paris*)

D. Daniélopolu (Bucarest). *Sur la physiologie du ganglion étoilé* (*Archives des maladies du Cœur, des Vaisseaux et du Sang*, tome XXII, nº 12, Décembre 1929). — Dans un *1er mémoire*, publié avec **I. Marcu** et **G. G. Prota**, D. expose les modifications des propriétés fondamentales du myocarde provoquées par l'extirpation unilatérale ou bilatérale du 1er ganglion thoracique chez le chien, le cœur étant normal ou expérimentalement altéré.

Ces modifications sont peu évidentes quand le cœur est normal, mais elles apparaissent avec beaucoup de netteté lorsqu'on prépare le cœur par la ligature de certaines petites branches coronariennes du ventricule gauche ou par des ligatures intraventriculaires posées sur cette cavité. La ligature coronarienne, par elle-même, peut déjà modifier le complexe ventriculaire, mais l'extirpation ganglionnaire pratiquée ensuite accentue brusquement ces modifications. Les effets de l'extirpation ganglionnaire sont encore plus évidents lorsqu'on prépare le cœur par des ligatures myocardiques, qui ne changent pas le complexe ventriculaire ou qui ne le modifient que très légèrement. Sur un cœur préparé par des ligatures coronariennes ou myocardiques, l'extirpation du 1er ganglion thoracique produit : 1º une diminution nette de l'automaticité (arrêt ou fort ralentissement du cœur) ; 2º une altération profonde de la conductibilité intraventriculaire ; 3º une diminution de la contractilité et de la tonicité; 4º une exagération de l'excitabilité secondaire à la diminution de la contractilité et caractérisée par l'apparition de contractions ectopiques.

Ces modifications se produisent brusquement, immédiatement après l'extirpation ganglionnaire. Elles sont moins intenses lorsque l'extirpation est unilatérale. Quand le cœur est intact, l'extirpation unilatérale ne produit, en général, aucun changement.

Les modifications des propriétés fondamentales du myocarde provoquées par l'extirpation du 1er ganglion thoracique rappellent celles qu'on rencontre en clinique dans les dégénérescences étendues du myocarde avec insuffisance fonctionnelle grave du cœur.

Dans un *2e mémoire*, publié avec **G. G. Prota**, D. étudie le réflexe amphotrope sino-carotidien après extirpation unilatérale ou bilatérale du 1er ganglion thoracique chez le chien, le cœur étant malade ou expérimentalement altéré.

Quand le cœur est intact, l'extirpation du 1er ganglion thoracique, qui ne modifie pas beaucoup l'électrocardiogramme, rend le cœur plus sensible au réflexe sino-carotidien, qui se montre infiniment plus sensible qu'avant cette opération.

La différence est encore plus marquée si l'on prépare préalablement le cœur par des ligatures coronariennes ou intramyocardiques. Dans ces conditions, le réflexe sino-carotidien, provoqué après extirpation ganglionnaire, produit des modifications profondes de toutes les propriétés fondamentales du myocarde : l'automaticité et la conductibilité intraventriculaire diminuent, l'excitabilité augmente. Il est certain que la contractilité et la tonicité sont ainsi beaucoup plus diminuées par le réflexe qu'avant l'extirpation ganglionnaire.

Ce n'est pas la ligature, myocardique ou coronarienne, qui rend le myocarde plus sensible au réflexe sino-carotidien. En effet, après cette préparation du myocarde, le réflexe reste le même qu'avant ; et ce n'est qu'après l'extirpation ganglionnaire qu'il devient plus intense.

Les caractères du réflexe sino-carotidien après l'extirpation ganglionnaire rappellent ceux qu'on observe en clinique chez les sujets dont le myocarde est très dégénéré, et le cœur dans un état d'insuffisance grave.

Enfin, dans un *3e mémoire*, D. présente des déductions générales, et étudie le mécanisme de production de la mort provoquée par l'extirpation du ganglion étoilé dans l'angine de poitrine.

Il conclut que l'extirpation du ganglion étoilé est dangereuse et inutile.

Elle est *dangereuse*, car la section des accélérateurs et d'une partie des vaso-moteurs coronariens altère profondément les propriétés fondamentales du myocarde, surtout lorsque, comme chez les angineux, le myocarde est dégénéré. L'insuffisance myocardique déjà existante par ces lésions est aggravée par la section nerveuse. L'interception des filets sympathiques enlève au cœur toute possibilité de réactionner lorsqu'un facteur vient, par l'intermédiaire du parasympathique qui reste seul, de diminuer ses propriétés fondamentales. Ces phénomènes expliquent la mort subite, par asystolie aiguë ou chronique du myocarde, que provoque si fréquemment l'extirpation du ganglion étoilé chez les angineux.

L'extirpation est *inutile*, car il n'est pas nécessaire de sectionner tous les filets sensitifs cardio-aortiques pour prévenir les accès angineux et parce qu'en en sectionnant une grande partie, c'est-à-dire ceux qui ne sont pas mélangés dans les mêmes nerfs aux filets accélérateurs du cœur, on prévient les accès d'une manière très efficace.

Il n'est pas prouvé qu'il existe un centre de réflexion dans le ganglion étoilé, ni que ce centre soit nécessaire à la production de l'accès angineux. Et, même s'il existait, les résultats de la méthode de l'auteur, ainsi que les expériences d'Erich Hesse, prouvent que l'extirpation de ce centre n'est nullement utile.

L. Rivet.

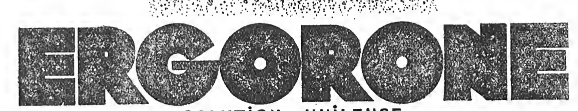
REVUE DE STOMATOLOGIE
(*Paris*)

Bercher et Houpert. *Deux cas de paralysie faciale d'origine dentaire* (*Revue de Stomatologie* tome XXXI, nº 12, Décembre 1929). — B. et H. rapportent deux cas de paralysie faciale, l'une consécutive à des accidents infectieux d'origine dentaire l'autre survenue brusquement quelques heures après une extraction dentaire.

D'après eux, bien des paralysies faciales dites *a frigore* ou mises sur le compte du rhumatisme, sont en réalité, d'origine bucco-dentaire.

Ils reprennent la pathogénie de ces paralysies faciales.

Tantôt il s'agit d'une névrite ou d'un gonflement inflammatoire du névrilème du facial par propagation


ERGORONE

de l'infection le long des branches du trijumeau et des anastomoses de ce nerf avec le facial.

D'autres fois, la théorie infectieuse est hors de cause et l'on ne peut évoquer que la théorie réflexe, soit que l'on admette le réflexe trijumeau-facial, l'articulation se faisant dans les centres méso-céphaliques, soit que l'on invoque le réflexe sympathico-facial, « la lésion alvéolaire produisant par irritation sympathique, une « crise vasculaire » se répercutant sur les *vasa nervorum* accompagnant le facial et modifiant sa nutrition et sa physiologie ». C'est à ce dernier mode de réflexe que les auteurs donnent leur préférence. C. Ruppe.

Béliard. ***Considérations sur les difficultés du diagnostic clinique de l'épithélioma de la langue à son stade initial*** (*Revue de Stomatologie*, t. XXXI, n° 12, Décembre 1929). — B., relatant une observation personnelle, conclut à la nécessité de pratiquer une biopsie en présence de toute lésion linguale qui ne fait pas ses preuves. Cette biopsie doit être immédiatement faite, même dans les cas où des causes irritatives dentaires ou prothétiques pourraient, *a priori*, expliquer la lésion. D'autant qu'en cas de cancer la suppression de ces causes provoque une amélioration passagère par disparition de l'élément inflammatoire et irritatif surajouté. Mais cette rémission est trompeuse, et l'attente qui en résulte fait perdre un temps précieux et amoindrit les chances de guérison. C. Ruppe.

Chompret, Dechaume et Landais. ***Mortifications pulpaires multiples chez une hémogénique*** (*Revue de Stomatologie*, tome XXXII, n° 1, Janvier 1930). — Les auteurs insistent sur le fait que les mortifications pulpaires n'ont pas toujours une étiologie assez explicite. Une grippe légère, de petits traumatismes, une ostéite bénigne ne suffisent pas à expliquer la thrombose veineuse ou la phlébite pulpaire. Un terrain spécial leur est nécessaire. Chez la femme, il s'agit bien souvent d'hémogénie dont la caractéristique est la fragilité vasculaire. Le cas de C., D. et L. vient illustrer cette hypothèse puisqu'il concerne une jeune fille petite basedowienne, atteinte d'hémogénie. C. Ruppe.

J. Weill et L. Lebourg. ***Tétanos céphalique guéri par des injections locales, régionales et générales de sérum*** (*Revue de Stomatologie*, t. XXXII, n° 1, Janvier 1930). — W. et L. rapportent un cas de tétanos consécutif à une blessure souillée de la face, survenue chez un malade ayant antérieurement reçu du sérum. Ce malade a fait une forme atypique, avec trismus, contractures faciales auxquelles a succédé une paralysie de la branche faciale moyenne ayant guéri spontanément.

Ce tétanos a cédé à une sérothérapie intramusculaire et sous-cutanée et à l'emploi de chloral. En outre, *le sérum injecté au niveau de la cicatrice et au voisinage des nerfs a eu une action sédative incontestable*. Dans ce cas, l'injection massétérine suivant la technique de Bercher paraît particulièrement recommandable. C. Ruppe.

Lattès et Stuhl. ***A propos d'un cas d'actinomycose cervico-faciale; indications du traitement radiothérapique*** (*Revue de Stomatologie*, t. XXXII, n° 1, Janvier 1930). — A propos d'un cas fruste et de diagnostic difficile, L. et S donnent un aperçu très intéressant du traitement de l'actinomycose cervico-faciale.

L'insuffisance du *traitement ioduré* est fréquente; elle est due à ce que des coques scléreuses enkystent le parasite et s'opposent à l'action du médicament, d'où la nécessité de détruire ces îlots de résistance. Or l'*exérèse chirurgicale* expose à l'essaimage. La *diathermo-coagulation*, préconisée par Ravaut, est excellente pour les lésions mycosiques peu étendues et peu profondes; mais elle est douloureuse, provoque des réactions secondaires parfois vives et expose à des hémorragies, par chute prématurée des escarres.

La *radiothérapie*, préconisée par Belot, Nordenlofft, Zempsky, etc., paraît la méthode de choix. L. et S. recommandent l'emploi de faibles doses, moyennement pénétrantes, avec des séances d'irradiations rapprochées et répétées. C. Ruppe.

LYON MÉDICAL

H. Molin et Fr. Condamin. ***De la section des ligaments utéro-sacrés en chirurgie gynécologique*** (*Lyon médical*, tome CXLIII, n° 26, 30 Juin 1929). — L'atteinte des ligaments utéro-sacrés s'observe fréquemment en gynécologie ; elle est due soit à une paramétrite postérieure de Schultz (par métrite du col ou du corps), soit à une douglassite de Fr. Condamin (par affection pelvienne ou abdominale). Elle se traduit, lorsqu'elle passe à la chronicité, par une rétraction scléreuse de ces ligaments, et détermine des troubles mécaniques et nerveux. Lorsqu'elle subsiste à l'état de lésions résiduales, après régression complète de l'affection primitive et causale, il y a lieu de la traiter de façon spéciale et active.

La section des ligaments utéro-sacrés, dans ces conditions, a une *action mécanique* de libération de l'utérus de ses attaches postérieures scléreuses, qui s'opposent à son élévation, et une *action nerveuse*, par section des filets nerveux utérins qui cheminent à la base des ligaments : les douleurs lombo-sacrées disparaissent aussitôt après cette section.

Cette section des utéro-sacrés est sans inconvénient; elle n'altère en rien la statique de l'utérus ; elle ne détermine aucun trouble fonctionnel ; les règles, la grossesse et l'accouchement se passent normalement.

Elle trouve ses indications dans l'existence de lésions chroniques et résiduales de paramétrite postérieure et de douglassite ; elle sera utilisée, soit par *voie abdominale*, comme temps complémentaire d'une ligamentopexie, d'une opération conservatrice pour salpingite chronique, d'une libération d'adhérences, soit par *voie vaginale*, comme complément d'une intervention sur le col ou comme traitement d'une paramétrite résiduale. J. Dumont.

H. Molin et Fr. Condamin. ***A propos de la section des ligaments utéro-sacrés*** (*Lyon médical*, t. CXLIV, n° 51, 22 Décembre 1929) — Répondant à des critiques de G. Cotte, H. M. et F. C. insistent à nouveau sur les lésions résiduales de paramétrite postérieure et de douglassite que l'on observe au niveau des ligaments utéro sacrés. Les auteurs se défendent de vouloir généraliser la section des ligaments utéro-sacrés qu'ils n'emploient que pour des lésions localisées, et non dans les grandes névralgies pelviennes relevant de l'atteinte du plexus hypogastrique (douglassite avec plexalgie). Dans ces formes localisées, l'action purement mécanique de la section des ligaments utéro-sacrés est très importante, et permet de pratiquer sans aléa une ligamentopexie correcte, qui serait restée douloureuse sans cela ; l'action nerveuse de cette section est également intéressante, surtout du point de vue des malades qui voient disparaître aussitôt leurs douleurs lombo-sacrées, si tenaces habituellement. J. Dumont.

Fr. Condamin et W. Brunat. ***A propos du diagnostic et traitement des hémorragies utérines*** (*Lyon médical*, tome CXLV, n° 3, 19 Janvier et n° 4, 26 Janvier 1930). — Les auteurs éliminent d'emblée de leur étude les hémorragies qui relèvent d'une lésion évidente de l'utérus ou des annexes, pour n'envisager que les hémorragies qui ne s'accompagnent d'aucune modification importante de l'appareil génital. Ils distinguent :

1° Les *polyménorrhées*. Celles ci sont constituées par les hémorragies d'origine ovarienne. Le diagnostic se base surtout sur l'irrégularité des règles, irrégularité de date ou de quantité. Elles comportent un traitement souverain, l'*insulinothérapie*, qui donne des succès constants dans les formes pures des jeunes filles ou des jeunes femmes. Les indications de l'insuline doivent, au contraire, être moins étendues dans les hémorragies préménopausiques, vers la quarantaine, car alors « l'utérus saigne pour son propre compte », ayant subi des modifications importantes.

Se basant sur 11 observations qu'ils publient, C. et B. constatent qu'ils n'ont obtenu que des succès, parfois très beaux, dans les formes typiques. Les résultats sont bons, mais ne se maintiennent parfois pas aussi complets, dans les hémorragies de l'ovarite scléro-kystique. Dans les ménorrhées transitoires, entrecoupées de grosses hémorragies, l'insuline arrête rapidement l'accident hémorragique, mais semble insuffisante à régulariser définitivement les règles. Enfin, les auteurs notent de bons résultats chez les femmes aux environs de la quarantaine, mais en restreignent l'indication dans ces cas ;

2° Les *hyperménorrhées* peuvent être d'origine ovarienne, relever d'une cause générale. C. et B. étudient spécialement le type des règles traînantes qui persistent anormalement 8 et 10 jours. Ils mettent en évidence, en donnant 3 observations, que parfois ce syndrome est dû à un obstacle mécanique à l'écoulement sanguin; ils décrivent ainsi « l'utérus rétentionniste » sans rétention véritable. L'exploration utérine met en évidence une sténose cervicale ou isthmique et une ou plusieurs dilatations constituent le traitement nécessaire et suffisant de ces hémorragies. J. Dumont.

LE JOURNAL DE MÉDECINE DE LYON

L. Nové-Josserand, Thévenon et Amic. ***De quelques vaccinations antityphoïdiques et antidiphtériques pratiquées chez des enfants tuberculeux*** (*Le Journal de Médecine de Lyon*, tome XI, n° 240, 5 Janvier 1930). — Jusqu'à présent, on avait une certaine appréhension à vacciner les tuberculeux contre la typhoïde et contre la diphtérie. N.-J., T. et A. ont pu pratiquer sans incident un certain nombre de vaccinations chez ces malades. Il y a, sans aucun doute, grand intérêt à pratiquer ces vaccinations dans des familles ou des collectivités menacées par une épidémie pour préserver de la fièvre typhoïde et de la diphtérie les tuberculeux chez qui ces affections, redoutables par elles-mêmes, peuvent exercer sur l'évolution de la tuberculose une influence néfaste.

Les auteurs ont employé le lipovaccin à la dose de 1 cmc à 15 ans, 5/10ᵉ de cmc à 7 ans, 3/10ᵉ de cmc à 4 ans, et l'anatoxine de Ramon aux doses habituelles.

Après la vaccination antityphique, ils ont observé 4 réactions fébriles passagères et 3 déperditions de poids — compensées par la suite — sur 58 vaccinations (48 enfants et 10 bacillifères).

Avec la vaccination antidiphtérique, même innocuité, mais réactions locales, pondérales et thermiques plus durables, surtout chez les tuberculeux ouverts. Sur 49 enfants, il y a eu 6 réactions fébriles à 39° passagères et 2 réactions thermiques prolongées, 13 pertes de poids dont une a persisté, 2 accidents plus accusés, mais sans gravité.

Il ne faut pas en conclure qu'on peut vacciner *tous* les tuberculeux ; mais *certains* d'entre eux, après examen sérieux, peuvent bénéficier de ces précieuses méthodes de prophylaxie anti-infectieuse. Robert Clément.

LYON CHIRURGICAL

Fr. Condamin. ***Régression et guérison post-opératoires de certaines formes de tuberculose annexielle sous l'influence de la laparotomie*** (*Lyon chirurgical*, t. XXVI, n° 5, Septembre-Octobre 1929). — L'auteur rappelle la classification anatomo pathologique proposée par Villard, basée surtout sur l'évolution post-opératoire : 1° la tuberculose séreuse de la trompe ; 2° la forme parenchymateuse; 3° les formes suppurées et caséeuses. Tandis que cette dernière forme est incapable de subir une régression spontanée, post opératoire, et que l'exérèse en est toujours indiquée (par opérations conservatrices ou radicales), les deux premières variétés, au con-

L'ULTRA-VIRUS
du Bacille tuberculeux

Depuis de longues années, les microbiologistes avaient été frappés de la difficulté avec laquelle on découvrait quelques rares bacilles dans des lésions manifestement tuberculeuses anciennes ou récentes. Ils avaient remarqué encore que ces lésions inoculées au cobaye lui conféraient la tuberculose. Il semblait que dans ces lésions le bacille de Koch existait sous une autre forme.

En 1910, Fontès, à l'Institut Oswaldo Cruz de Rio de Janeiro, ayant eu l'idée de filtrer un produit tuberculeux à travers une bougie de terre de diatomées, et d'inoculer ce filtrat à un cobaye, avait constaté chez cet animal, après quelques semaines, une hypertrophie des ganglions lymphatiques. En examinant ceux-ci avec soin, il y découvrit des bacilles de Koch typiques, et en les réinoculant à un autre cobaye, il réussit à provoquer la formation de vrais tubercules, remplis de bacilles.

Personne ne voulut croire à cette expérience, et les rares microbiologistes qui, à cette époque, voulurent la vérifier, n'obtinrent que des résultats négatifs. On crut que Fontès avait été victime d'une erreur de technique. On ne parla plus de cette question jusqu'en 1922, où Vandremer, par des expériences retentissantes, prouva d'une façon indubitable la présence d'une forme filtrante de bacille de Koch. Non seulement il confirma l'exactitude de l'expérience de Fontès, mais il en étendit considérablement la portée. Tout d'abord, il trouva dans les cultures de bacille de Koch des formes inconnues jusqu'à présent non colorables et filtrables à travers la bougie de Chamberland L 3. Répiqués dans le milieu de Pétroff, il obtint la forme banale, classique du bacille de Koch. Ce filtrat inoculé ne produit pas de tuberculose généralisée, mais seulement une induration locale, qui disparaîtra au bout de quelques semaines, quelquefois trois à quatre mois après l'inoculation. On constate un ganglion sous-maxillaire par exemple, ou inguinal en voie de ramollissement. Le pus de ce ganglion ensemencé sur Petroff, ou pomme de terre glycérinée, donne naissance après six semaines ou plus à des cultures discrètes, contenant des granules libres ou en chaînettes acido-résistantes. Après plusieurs ensemencements sur Petroff, ou sur pomme de terre glycérinée, ces granules reprennent la forme classique du bacille de Koch.

Une fois connu, on s'est demandé si l'Ultra-virus de la Tuberculose passant à travers la bougie du filtre ne passerait pas à travers le placenta de la femme enceinte. Dans ce cas, l'idée de l'hérédité tuberculeuse se serait confirmée entièrement. MM. Calmette, Nègre et Boquet, ayant injecté du filtrat de produits tuberculeux à des cobayes femelles en état de gestation, ont trouvé chez les nouveau-nés des ganglions infiltrés de bacille tuberculeux. MM. Arloing et Dufour en ont également trouvé dans les ganglions d'un fœtus de cobaye, dont la mère avait été inoculée avec le filtrat du pus d'un ganglion prélevé sur un enfant mort de tuberculose.

Le problème de l'hérédité tuberculeuse se pose donc à nouveau. Jusqu'à cette découverte, on était d'accord pour penser que l'enfant né d'une mère phtisique n'apporte jamais le germe de la tuberculose en venant au monde. On pensait cependant qu'il était plus particulièrement exposé à contracter cette maladie du fait du milieu dans lequel il se trouvait dès sa naissance où il lui était impossible d'échapper à la contagion qui se présente journellement à lui. Après cette découverte, il est prouvé que l'enfant issu d'une mère tuberculeuse apporte fréquemment les germes d'un ultra-microbe susceptible de se muer en véritable bacille de Koch dans ses ganglions lymphatiques et susceptible aussi de le tuer par une sorte d'intoxication dès les premières semaines de son existence. Dès lors, on s'explique pourquoi tant de nourrissons de mères tuberculeuses succombent prématurément sans qu'on parvienne à découvrir la moindre lésion dans leurs organes. Ceux qui résistent, parce que moins infectés, restent porteurs de lésions tuberculeuses peu actives, bénignes, qui les vaccinent contre les contaminations ultérieures, mais qui cependant peuvent se réveiller, revenir en activité, si une thérapeutique n'est point dirigée contre elles dès l'enfance.

Il faut par conséquent soigner pendant leur grossesse les femmes présentant des signes qui peuvent faire penser à la possibilité d'une atteinte tuberculeuse. Il faut se souvenir que la grossesse est un état allergisant, favorisant le réveil des lésions anciennes. L'organisme de la femme enceinte puise dans ses réserves la chaux nécessaire pour édifier le squelette de l'enfant. Pour lutter contre cette déminéralisation et fournir à la femme enceinte le supplément de calcium dont elle a besoin, on ajoutera à son alimentation quotidienne de la tricalcine, soit pure, soit combinée à un autre corps, ou à une association opothérapique. Il faudra surveiller l'enfant issu d'une mère tuberculeuse. Dans les premiers mois de la vie, bien rares sont les médicaments que l'on puisse donner. La TRICALCINE en poudre se mêlant parfaitement au lait des biberons apportera à l'enfant un élément appréciable de défense contre le germe qu'il porte en lui.

traire, sont caractérisées par leur régression post-opératoire.

La *tuberculose séreuse de la trompe* est caractérisée par la granulation miliaire, uniquement séreuse, qui s'étend sur le péritoine salpingien, pelvien, intestinal. L'influence de la laparotomie est considérable et, dans les formes pures, il est inutile de recourir à des interventions mutilantes. Les récidives sont exceptionnelles (8 observations).

La *forme parenchymateuse de la tuberculose tubaire*, avec infiltration œdémateuse et adhérences charnues de l'intestin, peut régresser également après la laparotomie. C'est pourquoi, devant les gros dangers que présente une exérèse partielle ou totale, du fait des lésions intestinales, il faut être prudent et savoir abandonner à l'action de la laparotomie la guérison de lésions trop étendues et dont l'ablation serait trop meurtrière (5 observations).

D'ailleurs, la cure radicale des lésions annexielles ne suffit pas, dans de rares cas, à elle seule, à entraîner la régression des lésions péritonéales, de même que l'on peut voir guérir une tuberculose annexielle sous la seule influence de la laparotomie. Enfin, parfois, le processus prend une allure chronique, et, sous forme de « tuberculose larvée abdominale », peut continuer à évoluer, malgré la guérison pelvienne, en se traduisant notamment par un syndrome de péritonite adhésive sous-hépatique.

J. Dumont.

REVUE MÉDICALE DE LA FRANCHE-COMTÉ

H. Bon. *Une cause d'erreur dans l'étude radiologique de l'évacuation gastrique* (*Revue médicale de la Franche-Comté*, tome XXXII, n° 11, 15 Novembre 1929). — C'est une erreur que d'autoriser un malade, ayant ingéré une solution opaque le matin, à manger à midi, alors qu'on le convoque pour vérifier l'état de l'évacuation gastrique au début de l'après-midi. Les substances ne s'évacuent pas de l'estomac dans l'ordre de leur introduction : elles sont soumises aux lois de la physique, elles se mêlent, se superposent par ordre de densité. Un examen d'évacuation pratiqué sur un estomac qui n'est pas vide au moment du remplissage ou que vient surcharger une alimentation intercurrente est absolument sans valeur. Un examen d'évacuation gastrique doit être fait à jeun, sans repas intercalaire jusqu'à la disparition complète de la baryte.

Une évacuation prolongée peut n'être pas un véritable retard, mais traduire seulement une hypersécrétion salivaire ou gastrique. En présence d'un retard de l'évacuation, même avec de faibles contractions, il faut se garder de croire tout de suite à de l'atonie. La sténose s'accompagne de phases alternées d'hyperkinésie et d'hypotonie. Beaucoup de retards d'évacuation sont dus à des spasmes et relèvent de la médication antispasmodique.

Robert Clément.

MÜNCHENER MEDIZINISCHE WOCHENSCHRIFT (Munich)

H. Schulten. *Quelques échecs de l'hépatothérapie de l'anémie pernicieuse et leurs causes* (*Münchener medizinische Wochenschrift*, an. LXXVII, n° 2, 10 Janvier 1930). — Nombre des échecs de la méthode de Whipple sont dus à l'insuffisante précision du diagnostic d'anémie pernicieuse. En particulier, S. insiste sur certains symptômes dont l'importance lui paraît trop souvent négligée dans la pratique.

L'existence d'acide chlorhydrique libre élimine le diagnostic d'anémie pernicieuse; sa recherche s'impose donc dans les cas douteux.

La difficulté d'apprécier le rapport entre l'hémoglobine et les hématies rend incertaine l'interprétation de l'index colorimétrique ; par contre, la recherche des mégalocytes, nombreux dans les cas typiques, peut rendre de grands services.

L'halométrie permet d'apprécier le diamètre moyen des hématies.

La déviation vers la droite de la formule blanche (augmentation du nombre des polynucléaires à noyaux nombreux) est un symptôme important de la maladie de Biermer.

Un diagnostic différentiel difficile est celui de chloro-anémie avec achylie non influençable par le foie de veau et qui se différencie de l'anémie pernicieuse par la diminution de l'hémoglobine, l'augmentation de bilirubine sanguine, l'urobilinurie, l'absence de rémission clinique, Cette affection cède assez rapidement à la thérapeutique martiale.

Outre les insuccès attribuables aux erreurs diagnostiques, il faut insister sur la nécessité d'une surveillance attentive des malades au cours du traitement.

Le foie de veau ne doit pas être administré trop tardivement, car, dans les cas les plus favorables, son efficacité ne peut guère apparaître avant 5 à 10 jours; il faut donc que la survie soit au moins assurée pendant cette durée. Des infections intercurrentes annihilent l'effet du traitement.

Enfin, la posologie même du foie de veau n'est pas uniforme. Il faut contrôler l'efficacité du traitement par l'examen général du sujet et des numérations sanguines en série. Si une amélioration nette ne s'observe pas au 10e jour au plus tard, il faut élever la dose ou changer la préparation employée. Des variations assez considérables s'observent en effet dans l'emploi des extraits non standardisés et actuellement non contrôlables. Parfois il faut recourir au foie frais qu'il est souvent difficile de faire accepter au malade.

Dans les cas réfractaires, une transfusion sanguine peut devenir nécessaire.

Mais S. considère que les échecs sont exceptionnels à condition de poursuivre jusqu'à 1 à 2 semaines parfois le traitement avec 500 gr. de foie frais.

G. Dreyfus-Sée.

J. Olivet. *L'hormone diurétique cérébrale* (*Münchener medizinische Wochenschrift*, an. LXXVII, n° 2, 10 Janvier 1930). — Certaines substances très diurétiques ont leur métabolisme régi par le cerveau ; elles parviennent aux tissus par la circulation sanguine. Au cours de ses expériences, O. a pu isoler ces substances dans le sérum et les transmettre à d'autres animaux chez lesquels une exagération de la diurèse a été ainsi déterminée. Le caractère hormonique de ces substances est donc établi.

Le centre de formation hormonique siège vraisemblablement dans le mésencéphale, et les diurèses déclenchées par l'excitation du plancher du 4e ventricule ou d'autres régions relèvent en réalité de la transmission de l'excitation à ce centre.

L'excrétion aqueuse des reins est par conséquent non seulement largement dépendante des échanges tissulaires, mais elle est influencée par un facteur extra-rénal primordial constitué par cette hormone d'origine mésencéphalique. Pour établir le mode d'action exact de l'hormone — rénal, extra-rénal ou mixte —, de nouvelles expériences sont nécessaires. O. poursuit actuellement ses recherches pour préciser les relations entre le mésencéphale et les reins.

G. Dreyfus-Sée.

Lauber et Ramm. *Pronostic et thérapeutique des arthropathies par insuffisance ovarienne* (*Münchener medizinische Wochenschrift*, an. LXXVII, n° 3, 17 Janvier 1930). — Parmi les affections articulaires atteignant les adultes, une place spéciale doit être réservée à celles qui se rencontrent chez les femmes au moment de la ménopause. Les recherches nouvelles démontrent qu'une grande partie d'entre elles relèvent de troubles de la sécrétion endocrine ; or, ce fait a une importance considérable du point de vue diagnostique et surtout thérapeutique.

Ces arthropathies ovarioprives atteignent surtout les parties molles, les tissus périarticulaires et sont vraisemblablement déterminées par un spasme vasculaire qui se manifeste tout d'abord par des fourmillements et une sensation de tension douloureuse de la région atteinte : doigts, orteils, carpe ou tarse, plus rarement genoux. Le froid favorise ces phénomènes, et on les observe surtout chez les femmes trempant fréquemment leurs mains dans l'eau froide : femmes de ménage, par exemple, alors que les blanchisseuses qui manipulent dans de l'eau chaude ne sont pas atteintes.

La maladie paraît être identique à celle décrite autrefois sous le nom d' « arthrite des pauvres ».

Objectivement, on constate que les articulations sont gonflées. Les mouvements actifs et passifs sont très limités et douloureux. Il n'y a cependant pas de symptômes inflammatoires décelables : ni rougeur, ni chaleur locale. L'augmentation de volume est perceptible nettement à la palpation de l'article. La radiographie montre au début un épaississement capsulaire sans lésion ostéo-cartilagineuse ; plus tard, l'affection, évoluée et secondairement compliquée, présente les signes radiologiques du rhumatisme déformant banal.

La thérapeutique rationnelle opothérapique doit être associée, chez ces malades, au traitement habituel du rhumatisme chronique. On peut ainsi obtenir de notables régressions dans les cas traités précocement.

6 malades traités dès le début des phénomènes ont totalement guéri. 4 d'entre elles ont présenté de petites récidives qui régressèrent rapidement par l'opothérapie ovarienne. Par contre, 3 cas traités tardivement avaient déjà évolué vers les déformations du rhumatisme déformant et étaient plus difficiles à modifier.

Ces résultats thérapeutiques montrent qu'il importe de penser à cette étiologie de certaines arthrites rhumatismales justiciables d'une thérapeutique efficace à condition que celle-ci soit appliquée précocement.

G. Dreyfus-Sée.

G. Riebold. *A propos des arthropathies endocriniennes* (*Münchener medizinische Wochenschrift*, an. LXXVII, n° 3, 17 Janvier 1930). — La connaissance des séquelles graves du rhumatisme chronique est de date relativement récente, mais on sait actuellement combien sont fréquentes les formes entraînant une impotence fonctionnelle considérable. La lutte systématique contre cette redoutable affection comporte tout d'abord l'étude des conditions étiopathogéniques qui les déterminent, et c'est pour tenter d'élucider ces problèmes que s'est créée en Allemagne, en 1927, une « Association pour la Défense contre le Rhumatisme ».

R. considère qu'il importe, en premier lieu, de bien s'entendre sur les classifications adoptées.

Le rhumatisme d'origine endocrinienne et surtout génitale a fait à ce point de vue l'objet de son étude.

Son existence lui paraît indiscutable, et il en distingue 2 groupes essentiels :

La plus grande partie des faits rentrent dans le premier de ces groupes qui répond aux affections articulaires survenant lors de la ménopause, c'est-à-dire à une époque où le fonctionnement ovarien diminue normalement. Les grosses articulations sont surtout atteintes et, en particulier, les genoux. Beaucoup de ces malades sont sensiblement améliorées par les extraits thyroïdiens, de telle sorte que le rôle de l'insuffisance thyroïdienne paraît prépondérant dans leur déterminisme.

Le deuxième groupe, beaucoup moins important, survient chez les femmes jeunes, en pleine période d'activité génitale. Les petites articulations sont surtout touchées : articulations des doigts, des orteils au début; plus tard, les phénomènes peuvent s'étendre. L'évolution se fait fréquemment par poussées s'accompagnant de fièvre et correspondant soit aux règles normales, soit à des périodes menstruelles irrégulières. Parfois, mais inconstamment, ces phénomènes sont influencés favorablement par les préparations ovariennes ; ils paraissent liés à un trouble de la fonction ovarienne : hypofonctionnement ou plus vraisemblablement dys- ou hyperfonctionnement.

G. Dreyfus-Sée.

W. Brednow. *Observations sur les résultats thérapeutiques de l'irradiation des goitres exophtalmiques* (*Münchener medizinische Wochenschrift*,

an. LXXVII, n° 3, 17 Janvier 1930). — B. a obtenu, par l'irradiation du corps thyroïde des basedowiens vrais, des succès thérapeutiques qui lui paraissent en faveur de ce traitement.

Son pourcentage de succès a été établi sur les malades observés pendant une année; il est par conséquent vraisemblablement au-dessous des résultats favorables réels, car certains des malades, seulement améliorés légèrement après une première série, sont cependant susceptibles de progrès considérables lors des cures ultérieures.

22,2 pour 100 ont été guéris, 52,8 améliorés; chez 25 pour 100 le traitement n'a pas modifié les phénomènes pathologiques.

Ces résultats paraissent analogues à ceux obtenus par d'autres auteurs et l'étude analytique des cas confirme, en particulier, l'efficacité plus grande de la thérapeutique chez les sujets jeunes. Parfois une élévation transitoire du métabolisme basal est notée en même temps que l'amélioration clinique se produit, mais ces phénomènes ne s'observent jamais chez les sujets de moins de 30 ans qui guérissent très rapidement et complètement.

Dans cette étude, la comparaison des résultats est d'ailleurs strictement limitée aux thérapeutiques radiologiques, et aucune comparaison n'est établie ni avec le traitement chirurgical, ni avec la thérapeutique par l'iode que B. ne signale même pas.

G. Dreyfus-Sée.

Elkeles. *Les cas berlinois de maladie transmise par les perroquets et l'état actuel des recherches sur la psittacose* (*Münchener medizinische Wochenschrift*, an. LXXVII, n° 4, 24 Janvier 1930). — La nature de la psittacose est encore très mal connue. Des observations anciennes et récentes montrent que des sujets en contact avec les perroquets peuvent présenter une affection de gravité variable, alors même que les animaux transmetteurs sont parfois apparemment sains. Certains perroquets peuvent donc être des porteurs latents du virus tandis que d'autres ont des symptômes pathologiques évidents et parfois mortels. Le signe essentiel chez le perroquet est la diarrhée profuse, sans aucun caractère spécifique.

La transmission à l'homme se fait non seulement par contact direct avec le bec ou la langue de l'animal, mais aussi par les voies respiratoires lorsque l'oiseau, ayant crié, craché et volé avec agitation dans une pièce, y a répandu le virus nocif.

Depuis l'épidémie allemande de 1909 à Zülpich, les premiers cas nets ont été observés en Novembre 1929 à Berlin dans la famille et l'entourage d'un géologue qui avait rapporté 4 perroquets du Brésil. 3 de ces animaux tombèrent malades et répandirent l'affection autour d'eux : 7 personnes furent atteintes; une seule, qui cependant s'occupait des animaux autant que les 7 autres, ne présenta aucune manifestation pathologique. Le 4e perroquet, indemne, ne communiqua pas la maladie à ses possesseurs.

Les symptômes ont été sensiblement analogues dans tous les cas, quoique l'évolution de l'affection ait varié dans sa gravité : il s'agissait d'une maladie fébrile, avec signes généraux sérieux, manifestations nerveuses encéphalitiques, hypotension notable, et enfin pneumonie atypique sans expectoration. 2 cas ont été mortels, 3 autres sujets atteints gravement ont cependant guéri, les 2 derniers ont été moins sérieusement malades.

Un 2e foyer épidémique a été observé peu après et on y a noté les mêmes caractères épidémiologiques et cliniques. Ultérieurement, plusieurs autres phénomènes analogues ont été signalés.

Les recherches ont porté sur les humeurs et les excrétions des malades, animaux et humains, et on a pratiqué l'examen anatomo-pathologique des viscères de ceux qui étaient décédés.

On s'est efforcé de retrouver les germes antérieurement incriminés ou de mettre en évidence un virus nouveau. De nombreux microbes ont été trouvés, mais aucun d'entre eux ne paraît spécifiquement en cause. Les lésions anatomo-pathologiques décelées sont également banales.

Les recherches classiques antérieures avaient abouti à deux hypothèses :

La 1re admettait le rôle du bacille de Nocard; mais ce germe, considéré par Nocard en 1892 comme spécifique de la psittacose, semble en réalité identique au *b. paratyphosum enteritidis* qui est en cause dans nombre d'épidémies atteignant les animaux (souris, chats, moutons, etc., races diverses d'oiseaux). Gilbert et Fournier autrefois, Thomson en 1928 et E. en 1929 l'ont décelé chez le perroquet. Mais aucune preuve de son pouvoir pathogène chez l'homme n'existe, et une seule observation de Gilbert et Fournier en 1896 révèle sa présence dans le sang du cœur d'un sujet mort de psittacose. Les observations de 1929 plaident de façon plus nette encore contre le rôle de ce microbe banal dans l'étiologie de l'épidémie.

Selter incriminait un streptocoque qu'il trouva dans le poumon d'un malade présentant la pneumonie atypique de la psittacose. Ce microbe, obtenu par ponction pulmonaire sur le vivant, a été retrouvé dans les coupes du poumon. Ultérieurement un streptocoque a été décelé chez d'autres malades. Mais ces germes ne paraissent pas appartenir à la même race microbienne, ce qui dénie toute valeur étiologique à leur présence. Dans l'épidémie récente, leur rôle n'a pu être confirmé.

Ainsi, jusqu'à présent, la nature du germe ou du virus pathogène reste tout à fait inconnue.

L'épidémie paraît avoir pour origine l'infection des perroquets d'Argentine et avoir été importée avec ces animaux.

Des mesures sévères doivent être prises pour arrêter son extension : mise en garde de la population, interdiction d'importation, déclaration internationale obligatoire de l'épidémie afin d'éviter la propagation d'une affection souvent grave et parfois mortelle.

G. Dreyfus-Sée.

H. Embden et G. Adamy. *Les cas de psittacose observés à Hambourg* (*Münchener medizinische Wochenschrift*, an. LXXVII, n° 4, 24 Janvier 1930). — E. et A. relatent 14 cas de psittacose qu'ils ont observés eux-mêmes ou qui ont été publiés isolément par des médecins de Hambourg.

Ils rapprochent cette épidémie des phénomènes analogues signalés en Argentine à la fin de l'été 1929 et rattachés à la psittacose assez tardivement. A Hambourg également, les premiers cas isolés avaient été considérés comme des manifestations curieuses d'une affection nouvelle ou rattachée au pneumotyphus, et ce n'est que plus tard que le rôle du perroquet a été mis en évidence.

Les examens bactériologiques et anatomo-pathologiques des produits provenant des perroquets sont encore en cours, mais rien jusqu'à présent ne confirme le rôle pathogène du bacille de Nocard, ni du streptocoque de Selter.

Le transfert d'animal à homme est certain, et à plusieurs reprises la contamination interhumaine a été observée.

Si, jusqu'à présent, les foyers épidémiques sont restés très limités, ces notions montrent cependant la possibilité d'une extension, et actuellement les affections pulmonaires graves atypiques doivent être considérées comme suspectes quand la possibilité d'une contamination n'est pas éliminée.

Etant donné la gravité fréquente de la psittacose humaine et l'inutilité absolue du perroquet propagateur de la maladie, E. et A. se montrent fermement partisans de l'interdiction absolue de l'introduction de ces animaux.

G. Dreyfus-Sée.

G. Wüllenweber. *Diabète symptomatique d'affection thyroïdienne et de tumeurs surrénales* (*Münchener medizinische Wochenschrift*, an. LXXVII, n° 4, 24 Janvier 1930). — Malgré la fréquence des cas dans lesquels nulle relation entre une lésion pancréatique et un diabète ne peut être établie, il reste classique de suspecter *a priori* une affection primitive de cette glande lorsqu'on observe une glycosurie. Il est donc toujours intéressant de signaler les cas dans lesquels un autre organe paraît manifestement en cause dans le déterminisme du trouble d'assimilation hydrocarbonée.

W. a observé un diabète grave avec 5,2 pour 100 de glycosurie, 318 milligr. de glycémie et une acétonurie marquée, survenu à l'occasion d'un abcès thyroïdien et qui disparut presque totalement après incision de l'abcès. Quelques troubles de l'assimilation des glycides ont cependant persisté ultérieurement. Malgré l'absence d'examen sérieux précédant les phénomènes observés, W. conclut à l'origine thyroïdienne de ce diabète.

Deux autres cas de diabète observés étaient liés à l'évolution de tumeurs surrénales : tumeur bilatérale de la médullaire dans le premier cas, hypernéphrome unilatéral dans le second, avec intégrité anatomique du pancréas.

Ces observations paraissent, selon W., constituer une contribution au problème pathogénique du diabète extra-pancréatique.

G. Dreyfus-Sée.

WIENER MEDIZINISCHE WOCHENSCHRIFT

Zappert. *L'encéphalite post-vaccinale à Vienne et dans la Basse-Autriche en 1929* (*Wiener medizinische Wochenschrift*, tome LXXX, n° 4, 18 Janvier 1930). — Les cas d'encéphalite post-vaccinale se sont multipliés à partir de l'hiver 1922. Le nombre de cas observés en Angleterre a été de 93 entre 1922 et 1927. En Hollande, dans le même laps de temps, 200 cas environ ont été signalés. En Allemagne, 92 cas ont été réunis par Eckstein.

Z. a groupé en Autriche 28 observations : 14 pour Vienne et 14 pour la Basse Autriche. L'affection débute 9 à 11 jours après la vaccination (le plus souvent il s'agit d'une 1re inoculation, sauf dans un cas concernant une jeune fille de 22 ans). L'allure clinique de la maladie est très variée, réalisant parfois l'aspect de l'encéphalite léthargique, de la méningite tuberculeuse, d'une polynévrite ou même du syndrome de Landry. 5 décès ont été notés sur le total des observations.

G. Basch.

Stransky. *Lipodystrophie au voisinage du lieu d'injections sous-cutanées d'insuline et à distance chez une diabétique* (*Wiener medizinische Wochenschrift*, tome LXXX, n° 4, 18 Janvier 1930). — A la suite des observations de Depisch, S. rapporte le cas d'une femme âgée de 29 ans qui présenta au niveau de la face externe des deux cuisses, région où l'on pratiquait chez elle des injections quotidiennes d'insuline, un affaissement cutané par résorption de la graisse du tissu cellulaire. A peu de temps de là, cette malade présenta une lipo-atrophie à distance au niveau de la joue droite, sans qu'il s'agît d'hémiatrophie faciale. Affection peu fréquente, frappant électivement les femmes, et coïncidant souvent avec une déficience glandulaire, l'atrophie graisseuse fut favorisée dans le cas rapporté par l'action locale de l'injection d'insuline, mais survint sur un terrain diabétique.

G. Basch.

Depisch. *Nouvelle contribution à l'étude de la lipodystrophie après une cure insulinique prolongée* (*Wiener medizinische Wochenschrift*, t. LXXX, n° 5, 25 Janvier 1930). — De nombreux cas de cette curieuse affection ont été relatés dans tous les pays depuis la première communication faite à ce sujet par D. le 30 Avril 1926. On a essayé d'expliquer diversement la disparition de la graisse du tissu cellulaire sous-cutané dans le voisinage des injections d'insuline. Les uns ont invoqué l'action du lysol antiseptique dans lequel on conserve dans certains cas les aiguilles; mais cette explication ne peut valoir dans tous les cas. D'autres ont incriminé la présence de ferments lipolytiques dans l'insuline du commerce, mais aucune pathogénie précise n'a été établie. Dans certains cas, d'ailleurs, ce trouble trophique ne survient que quelque temps après la fin de la cure insulinique et peut rétrocéder totalement. Les biopsies ont montré qu'il ne s'agissait pas de la sclérose des tissus habituellement observée après des injections fréquentes, ce qui infirme l'hypothèse d'une irritation chimique par antiseptique ou par

impureté de l'insuline. D. incrimine l'action de l'insuline même, hormone assimilatrice dont l'action peut s'exercer sur la graisse tissulaire.

A cet article sont jointes deux photographies montrant chez une malade un véritable affaissement du capitonnage graisseux sous-cutané, au niveau des fesses, des seins, du ventre et du dos.

G. Basch.

BRUXELLES MÉDICAL

V. Demole et A. Christ (Bâle). ***Guérison de la tétanie parathyréoprive du chien au moyen de l'ergostérol irradié*** (*Bruxelles médical*, tome X, n° 12, 19 Janvier 1930). — D. et C. se sont livrés à des recherches expérimentales d'un haut intérêt.

Chez des chiens adultes, en parfait état de santé, ils ont pratiqué une thyro-parathyroïdectomie large pour enlever même les parathyroïdes accessoires.

Alors que les chiens témoins sont morts classiquement en 3 à 7 jours, l'ingestion d'ergostérol irradié à doses suffisantes a maintenu à un taux normal le calcium du sang et prévenu l'apparition des accidents. Avec des doses efficaces d'ergostérol, avec ou sans parathormone de Collip, on a pu maintenir en bon état de santé pendant plusieurs mois les chiens parathyroïdectomisés. Une dose insuffisante d'ergostérol irradié a retardé la baisse de la calcémie et l'apparition de la tétanie mortelle. Le taux du calcium sanguin a renseigné d'une façon précise sur le pronostic de l'opération, et on a pu modifier à volonté la calcémie avec l'ergostérol irradié, et même l'élever au-dessus de la normale.

Ces expériences montrent que le facteur D se comporte comme un médicament qu'il faut donner à doses suffisantes et non à doses toxiques. Elles confirment la théorie qui lie les accidents tétaniques à l'hypocalcémie.

Robert Clément.

Belmiro Valverde (Rio de Janeiro). ***Le traitement des orchi-épididymites blennorragiques par le cyanure de mercure*** (*Bruxelles médical*, tome X, n° 12, 19 Janvier 1930). — Les injections intraveineuses quotidiennes de 0 gr. 01 de cyanure de mercure donnent un bon résultat dans les orchi-épididymites blennorragiques. Elles diminuent rapidement la douleur, agissent sur les phénomènes généraux et locaux. En général, 6 à 8 injections suffisent pour amener la disparition de la maladie.

Les autres sels de mercure sont moins rapidement et moins sûrement efficaces. Le cyanure est un des sels les plus riches en métal et à l'action germicide du mercure s'ajoute l'action puissamment antiseptique de l'acide cyanhydrique; cependant l'action thérapeutique est si rapide que Gastaud a émis l'hypothèse qu'elle se faisait par l'intermédiaire d'un choc hémoclasique ou de phénomènes vasomoteurs.

V. a traité ainsi avec succès 71 cas et il apporte à l'appui de ses conclusions 12 observations.

Robert Clément.

ARS MEDICA
(Barcelone)

A. Ferrer, Calligal et B. Perpina Robert. ***Les symptômes relevant de l'altération du système pallidal au cours des syndromes extrapyramidaux*** (*Ars medica*, tome V, fasc. 53, Décembre 1929). — Ce travail représente une synthèse fort claire, fort intéressante et fort originale de la question du *pallidum*, appuyée sur de nombreux documents personnels. C'est plus et beaucoup mieux qu'une simple revue générale.

Les fibres issues du pallidum ont pour mission d'intercepter, au niveau des différents étages de la moelle, les influx sensitifs qui sont continuellement et intempestivement lancés vers la corne antérieure et déclencheraient des réactions motrices incessantes sans la vigilance du système pallidal et du système cérébelleux dont l'action est, comme on le sait, conjuguée.

Les fibres issues du pallidum font relai dans le locus niger et dans les formations hypothalamiques : elles parviennent aux cornes antérieures, mêlées soit au faisceau pyramidal, soit à d'autres faisceaux. Le frein pallidal agit, par l'intermédiaire de la corne, non seulement sur le groupe musculaire innervé par l'étage médullaire, mais encore sur ses antagonistes. Tandis que le système pyramidal commande au myolemme, c'est-à-dire à la partie contractile de la fibrille musculaire, le système extra-pyramidal commande au sarcolemme; c'est donc la contraction lente, la tonicité musculaire opposée au mouvement rapide déterminé par le faisceau pyramidal. L'absence du frein pallidal se révèle en conséquence par des troubles de la cinésie et du tonus musculaire.

Les éléments du syndrome pallidal sont les suivants :

a) La rigidité. Elle atteint aussi bien, comme nous le disions, les groupes musculaires que leurs antagonistes. La décontraction musculaire est lente, s'opère en plusieurs temps (phénomène de la roue dentée); cette lenteur s'accentue dans les mouvements volontaires. Contrairement aux raideurs d'origine pyramidale, elle prédomine à la racine des membres. Elle cède à la mobilisation douce et passive et donne à la main cette sensation bien particulière de flexibilité de cire. Elle s'accentue par crises.

b) Syndrome myotonique.

c) Tremblement des extrémités à type parkinsonien. Ce tremblement résulterait de la libération de l'état neuroclonique normal de la cellule ganglionnaire de la moelle. L'auteur rattache à une pathogénie voisine de celle du tremblement celle des arthropathies chroniques.

d) Troubles thermorégulateurs et paresthésiques divers.

e) Troubles oculaires et cutanés.

Du reste, à côté des syndromes communs à toutes les lésions pallidales, il faut considérer ceux qui tiennent à la cause même de la lésion pallidale : encéphalite épidémique, syphilis des corps striés bien mise en valeur par Cornil et Lhermitte, maladie de Wilson avec troubles hépatiques, certains types d'hébéphrénocatatonie (Claude et Baruk), dégénérescence sénile, lacunes de désintégration.

Tels sont les principaux points abordés dans ce remarquable travail fort clair et fort bien conduit.

M. Nathan.

THE BRITISH MEDICAL JOURNAL
(Londres)

F. Marsh. ***Le test au salicylate de soude dans l'insuffisance hépatique*** (*The British medical Journal*, n° 3603, 25 Janvier 1930). — Roch et Schiff en 1921, puis Thiers en 1927 ont décrit un test au salicylate de soude : si l'on fait ingérer à un sujet sain 4 centigr. de salicylate, celui-ci est absorbé entièrement par le foie, et on n'en peut déceler la moindre trace dans l'urine; au contraire, chez un malade atteint d'insuffisance hépatique, l'urine contient des quantités plus ou moins importantes de salicylate.

M. a voulu vérifier l'assertion des initiateurs de la méthode, mais il n'a pu obtenir de salicylate urinaire dans aucun cas, même chez des malades atteints de grande insuffisance hépatique.

Il a alors entrepris d'étudier complètement la technique, pour en renforcer les points faibles; or, malgré une technique extrêmement précise, les résultats ont été si décourageants que les expériences furent abandonnées rapidement, tant il était évident que la valeur de ce test était absolument nulle.

R. Rivoire.

Hamilton Bailey. ***Le traitement de l'appendicite aiguë par la methode d'Ochsner-Sherren; indications et technique*** (*The British medical Journal*, n° 3603, 5 Janvier 1930). — B. était convaincu de la nécessité d'opérer immédiatement toute appendicite aiguë, avant de devenir assistant de Sherren. Au contact de celui-ci, il a modifié nettement son point de vue et il est devenu partisan de l'intervention tardive, dans un certain nombre de cas nettement définis, à condition que le malade soit hospitalisé et sous la surveillance constante d'un personnel entraîné.

Schématiquement, une appendicite aiguë, dont le début remonte à moins de 48 heures, doit être opérée immédiatement; lorsqu'elle date de plus de 50 heures, il faut temporiser. Exception à cette règle est faite lorsqu'il s'agit d'un enfant de moins de 5 ans, ou qu'une purgation a été administrée, ou enfin lorsque le diagnostic d'appendicite n'est pas absolument sûr.

La pratique d'Occhsner-Sherren est la suivante. Le malade est placé en position de Fowler haute, la tête du lit élevée de façon à obtenir une position demi-assise; les genoux sont surélevés à l'aide d'un traversin. Le pouls est pris toutes les 2 heures, la température toutes les 4 heures; les vomissements sont notés et inscrits sur une feuille séparée chaque fois qu'il s'en produit. Le régime est purement hydrique pendant 4 jours; puis bouillon et lait progressivement, si tout va bien. Aucun remède ne doit être employé : en particulier, l'usage de la morphine est strictement interdit, car elle voile les réactions du malade. C'est la courbe du pouls qui est essentielle : si le pouls monte de plus de 10 dans les 4 premières heures, il faut abandonner le traitement et opérer immédiatement. De même, si des vomissements surviennent après les premières heures ou si la douleur ne s'apaise pas spontanément.

Lorsque la crise appendiculaire s'est refroidie, une intervention est faite, mais seulement 2 mois après le début.

L'observation exacte des règles de cette méthode paraît diminuer les risques de mortalité : en particulier, l'abcès sous-phrénique et la pyléphlébite ne se voient jamais; de même l'obstruction intestinale est beaucoup plus rare qu'après l'intervention à chaud.

L'apparition d'un abcès appendiculaire ne doit pas conduire à abandonner le traitement : il est fréquent de voir un abcès se résorber spontanément; au plus, il faut faire un drainage abdominal ou rectal.

Enfin, lorsqu'on se trouve en présence d'une péritonite généralisée, il vaut mieux, dit B., ne pas intervenir, l'intervention aboutissant fatalement à la mort si l'appendice est difficile à extirper. Si donc la perforation date de plus de 16 heures, il vaut mieux ne pas intervenir et essayer, par huile camphrée, sérum, et par la méthode d'Ochsner, d'aider la nature dans son travail de localisation, qui peut dans certains cas transformer la péritonite généralisée en péritonite sous-ombilicale ou pelvienne, guérissant alors par simple drainage. Une exception doit être faite pour l'enfant, chez lequel n'existe aucune tendance à circonscrire la péritonite.

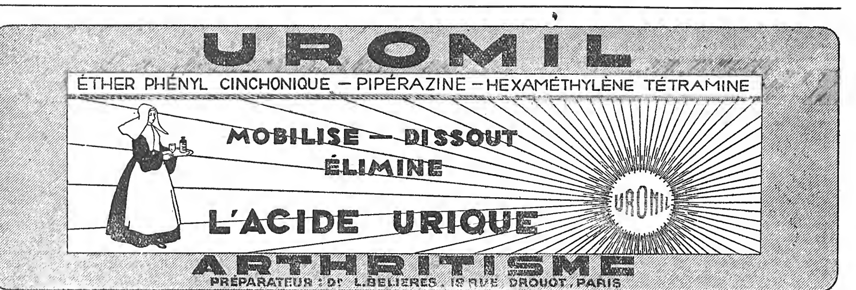
R. Rivoire.

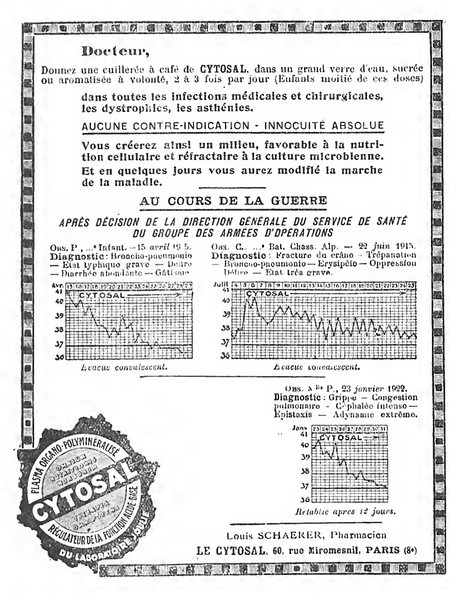
ARCHIVIO ITALIANO DI CHIRURGIA
(Naples)

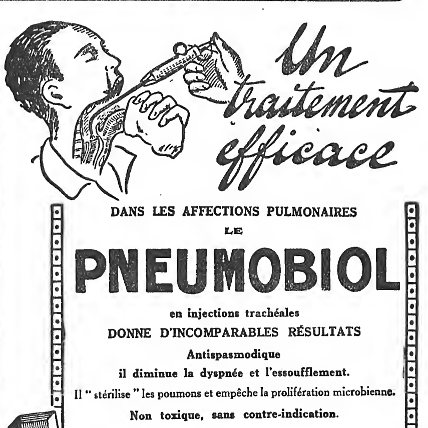
P. Buonsanti (Florence). ***Splénomégalie, avec phénomènes de stase chronique et nodules de Gamna, dans l'hérédo-syphilis à type floride : étude clinique et expérimentale*** (*Archivio italiano di Chirurgia*, tome XXV, fasc. 1). — Cette étude repose sur des constatations cliniques et nécropsiques et sur des tentatives expérimentales.

Au point de vue clinique, l'observation rapportée est celle d'une jeune fille de 20 ans, atteinte d'une syphilis héréditaire à évolution floride et souffrant de lésions cardiaques, et qui présenta une splénomégalie avec ascite. L'autopsie permit de mettre cette dernière manifestation sur le compte d'une thrombophlébite de la veine porte qu'il est naturel de rattacher à la syphilis, étant données les lésions essentiellement vasculaires que provoque cette affection. Les lésions de la rate consistaient en signes de stase et en foyers de dégénérescence péri-vasculaires tout à fait identiques aux foyers décrits sous le nom de nodules de Gamna, mais sans rien qui permette de reconnaître à ces foyers une origine mycosique.

La splénectomie (qui fut pratiquée chez la malade, et suivie de décès après 4 jours) est à déconseiller


UROMIL
ÉTHER PHÉNYL CINCHONIQUE — PIPÉRAZINE — HEXAMÉTHYLÈNE TÉTRAMINE
MOBILISE — DISSOUT
ÉLIMINE
L'ACIDE URIQUE
UROMIL
ARTHRITISME
PRÉPARATEUR : Dr L. BELIERES, 19 RUE DROUOT, PARIS


Docteur,
Donnez une cuillerée à café de CYTOSAL, dans un grand verre d'eau, sucrée ou aromatisée à volonté, 2 à 3 fois par jour (Enfants moitié de ces doses)
dans toutes les infections médicales et chirurgicales, les dystrophies, les asthénies.
AUCUNE CONTRE-INDICATION - INNOCUITÉ ABSOLUE
Vous créerez ainsi un milieu, favorable à la nutrition cellulaire et réfractaire à la culture microbienne.
Et en quelques jours vous aurez modifié la marche de la maladie.
AU COURS DE LA GUERRE
APRÈS DÉCISION DE LA DIRECTION GÉNÉRALE DU SERVICE DE SANTÉ DU GROUPE DES ARMÉES D'OPÉRATIONS
Obs. P., ...e Infant. — 15 avril 1915.
Diagnostic : Broncho-pneumonie — Etat typhique grave — Délire — Diarrhée abondante — Gâtisme.
CYTOSAL
Evacué convalescent.
Obs. C., ...e Bat. Chass. Alp. — 22 juin 1915.
Diagnostic : Fracture du crâne - Trépanation — Broncho-pneumonie — Erysipèle — Oppression Délire — Etat très grave.
CYTOSAL
Evacué convalescent.
Obs. Mlle P., 23 janvier 1922.
Diagnostic : Grippe — Congestion pulmonaire - Céphalée intense — Epistaxis — Adynamie extrême.
CYTOSAL
Rétablie après 12 jours.
Louis SCHAERER, Pharmacien
LE CYTOSAL, 60, rue Miromesnil, PARIS (8e)
PLASMA ORGANO-POLYMINERALISE
CYTOSAL
RÉGULATEUR DE LA FONCTION ACIDE-BASE
DU LABORATOIRE


Un traitement efficace
DANS LES AFFECTIONS PULMONAIRES
LE
PNEUMOBIOL
en injections trachéales
DONNE D'INCOMPARABLES RÉSULTATS
Antispasmodique
il diminue la dyspnée et l'essoufflement.
Il " stérilise " les poumons et empêche la prolifération microbienne.
Non toxique, sans contre-indication.


PRODUITS PNEUMO


OSTELINE
Vitamine D — biologiquement contrôlée
Presenteé sous trois formes
AMPOULES
GOUTTES
COMPRIMÉS
étalonnée et contrôlée à un pouvoir vitaminique D constant
Échantillons et littérature
LABORATOIRES RISSA
46 rue Claude Lorrain
LILLE


Glaxo

dans ces splénomégalies thrombo-phlébitiques : elle est suivie d'une thrombose portale à peu près fatalement mortelle, l'intervention aggravant l'altération vasculaire et l'insuffisance hépatique. L'omentopexie, suivant la méthode de Schiassi, associée à la splénectomie, suivant la technique de Tansini ou, mieux, isolée, est, au contraire, indiquée : elle crée une dérivation de la circulation portale vers la veine-cave supérieure.

Expérimentalement, B., par des ligatures partielles de l'épiploon gastro-splénique, a provoqué une splénomégalie par stase chez 3 chiens. L'un est mort de péritonite ; un autre a succombé rapidement, du fait de l'absence de dérivation par circulation collatérale, en présentant d'abondantes hémorragies gastriques; le 3e, enfin, a survécu, ne présentant qu'une faible splénomégalie, et ayant spontanément réalisé une dérivation circulatoire spléno-omento-péritonéale, telle que la recherche l'omentopexie opératoire. Chez ces animaux, on n'a pas constaté de nodules de Gamna; mais cela ne saurait être une preuve de l'origine mycosique de ces nodules; cela prouve seulement que la stase est impuissante, à elle seule, à les produire.

De l'ensemble de ces faits B. conclut que le problème de la genèse des nodules de Gamna reste encore sans solution, mais il garde la conviction qu'ils sont dus à un phénomène de nécrobiose collagène (telle que du reste l'avait soupçonnée Gamna) et non pas spécifiques d'une infection mycosique, assurée par plusieurs auteurs avec des arguments que B. juge peu fondés.

André Guibal.

GIORNALE ITALIANO DI DERMATOLOGIA e SIFILOLOGIA

(*Milan*)

Devoto. *Recherches sur la glycémie dans quelques dermatoses* (*Giornale italiano di Dermatologia e Sifilologia*, tome LXX, fasc. 6, Décembre 1929). — Après avoir exposé les recherches antérieures sur la question, D. rapporte les résultats observés dans la détermination du taux de la glycémie, recherchée à jeun chez 411 malades atteints de dermatoses variées. Il trouva une hyperglycémie dans 17,03 pour 100 et une hypoglycémie dans 4,38 pour 100.

Rien à signaler en ce qui concerne l'hypoglycémie.

Quant à l'hyperglycémie, elle apparaît plus fréquente dans certaines dermatoses, en particulier les eczémas et les ulcères variqueux (55 6 pour 100), dans les prurits essentiels (50 pour 100), dans la furonculose (33,33 pour 100).

Dans l'*eczéma*, sur 113 malades, D. trouva 18 hyperglycémies variant de 1,02 à 1,35 pour 1 000 Il n'existe pas de parallélisme entre l'hyperglycémie et l'extension de la dermatose. Cependant, il paraît évident que, dans certains cas, le taux de la glycémie tend à s'abaisser avec l'amélioration ou la guérison de la dermatose.

Dans le *psoriasis*, sur 39 cas, D. trouva 8 hyperglycémies variant de 1,04 à 1,43 pour 1 000. Il semble que, durant les périodes de rémission de la maladie, on note une augmentation de la glycémie qui s'abaisse et peut arriver à la normale dans certains cas avec l'explosion d'une nouvelle poussée.

Dans la *furonculose*, sur 42 cas, D. trouva une hyperglycémie dans 13 cas (1 10 à 1 30 pour 1 000) La furonculose chez les sujets âgés de plus de 50 ans s'accompagne constamment d'hyperglycémie; le contraire s'observe dans la furonculose des jeunes.

La cure insulinique, faite dans quelques cas, a donné quelques résultats favorables dans des psoriasis, des eczémas et des ulcères variqueux. De plus la restriction des hydrates de carbone chez certains eczémateux amène des améliorations, ce qui démontre que, dans un certain nombre de cas tout au moins, il peut exister un rapport entre l hyperglycémie et les dermatoses.

R. Burnier.

THE JAPAN MEDICAL WORLD

(*Tokio*)

K. Hayashi (Formose). *La concentration uréique dans le sang humain normal en s'attachant particulièrement à la question de la teneur en urée des corpuscules sanguins* (*The Japan medical World*, tome IX, n° 8, 15 Août 1929). — H. s'est livré à de nombreux dosages d'urée dans le sang humain normal par la méthode de l'uréase et par celle du xanthydrol.

Ses recherches lui ont permis de conclure que les globules rouges contiennent sans aucun doute de l'urée et que leur membrane est perméable à l'urée et permet l'osmose de ce corps.

L'uréase, au contraire, ne franchit pas par osmose la membrane des hématies; celles-ci sont un obstacle mécanique important à l'action de l'uréase sur le sang et au dosage de l'urée dans le sang total par la méthode de l'uréase. Il est nécessaire, pour obtenir un résultat exact, de pratiquer auparavant l'hémolyse complète avec de l'eau distillée. Dans le sang complètement hémolysé, on trouve, par la méthode de l'uréase, des chiffres plus élevés que dans le sang non hémolysé, et la comparaison avec les dosages au xanthydrol montre que le taux réel de l'urée sanguine est celui obtenu avec le sang complètement hémolysé.

Robert Clément.

ACTA DERMATOLOGICA

(*Kioto*)

Mukai. *Acanthosis nigricans* (*Acta dermatologica*, tome XIV, fasc. 5, Novembre 1929). — M. a recueilli dans la littérature 218 cas d'acanthosis nigricans. 14 survinrent chez des enfants âgés de moins de 10 ans, 44 entre 11 et 20 ans, 26 entre 21 et 30 ans, 28 entre 31 et 40, 33 entre 41 et 50, 27 entre 51 et 60, 20 entre 61 et 70, 3 entre 71 et 80 ans. Dans 7 cas, l'évolution de la maladie est inconnue. 94 malades (45 pour 100) avaient un cancer probable et parmi eux 58 (61 pour 100) avaient un cancer stomacal. En ce qui concerne le sexe, on note 90 hommes et 95 femmes (33 cas inconnus).

R. Burnier.

JAPANESE JOURNAL OF DERMATOLOGY AND UROLOGY

(*Tokio*)

Irisawa. *Le traitement du vitiligo par l'actinothérapie avec photosensibilisation* (*Japanese Journal of Dermatology and Urology*, tome XXIX, n° 10, Octobre 1929). — I a traité 7 cas de vitiligo par la photothérapie après photosensibilisation. Comme sensibilisant, il employa une solution de trypaflavine à 1 pour 100. Il fit une injection intraveineuse de 5 cmc, 2 fois par semaine, et appliqua aussitôt la lumière bleue d'une lampe de quartz sur les taches vitiligineuses. Au bout de 3 à 10 séances de ce traitement combiné, il remarqua plusieurs îlots pigmentaires néoformés sur les bords ou au centre des taches ; une pigmentation analogue apparaissait toujours à l'ostium folliculaire. Ces îlots pigmentaires persistèrent non modifiés 7 mois après la cessation du traitement. La formation de pigment est plus rapide dans les vitiligo récents que dans les lésions anciennes.

R. Burnier.

Miyamura. *Un cas de leucémie cutanée* (*Japanese Journal of Dermatology and Urology*, t. XXIX, n° 11, Novembre 1929). — M. rapporte un cas rare de leucémie cutanée dont 3 cas seulement ont été publiés au Japon.

Un jeune homme de 16 ans se plaignit, en Juillet 1928, de fatigue générale et d'anémie; en Septembre, on fit le diagnostic de leucémie lymphatique; 3 semaines plus tard, apparut une éruption sur la joue droite, puis à la paupière gauche, à la joue gauche, au menton, à l'oreille gauche, aux épaules et aux bras. Cette éruption prit l'aspect d'une infiltration circonscrite, papuleuse, recouverte d'abord par une peau normale, puis par une peau violacée. La biopsie d'un élément montra une infiltration lymphocytaire surtout périvasculaire dans le derme.

Malgré les divers traitements employés — arsenic, rayons X sur la rate —, la mort survint le 19 Mars 1929 par pneumonie.

R. Burnier.

THE AMERICAN JOURNAL of the MEDICAL SCIENCES

(*Philadelphie — New-York*)

P. B. Bland, L. Goldstein et A. First. *L'anémie secondaire pendant la grossesse et les suites de couches* (*The American Journal of the medical Sciences*, tome CLXXIX, n° 1, Janvier 1930). — La nature exacte et l'évolution de l'anémie secondaire de la grossesse sont encore mal connues. Aussi B., G. et F. ont-ils examiné le sang de 300 femmes à diverses périodes de la gestation et des suites de couches et cherché spécialement à préciser les rapports entre l'anémie et les particularités de l'état des patientes.

Chez 200 femmes hospitalisées dans des maternités, ils ont vu que la moitié présentaient une anémie marquée pendant la grossesse, les globules rouges étant au-dessous de 3.500.000 Chez 100 femmes à terme de la clientèle privée 26 pour 100 avaient moins de 3.500 000 hématies par millimètre cube. En ne tenant pas compte de l'époque de l'examen, parmi ces 300 femmes, il y en avait 126, soit 42 pour 100, qui avaient moins de 3.500.000 globules rouges. Chez 82 pour 100 des femmes hospitalisées et chez 62 pour 100 des clientes de ville, le taux de l'hémoglobine ne dépassait pas 74 pour 100.

L'intensité de l'anémie se montra indépendante du nombre des grossesses, de l'âge et de la pression sanguine.

Aucune constatation évidente ne permit de confirmer ou de réfuter l'assertion de divers auteurs qui soutiennent qu'une amélioration de l'anémie se produit vers le terme de la grossesse. Parmi 35 femmes ayant eu deux analyses du sang au cours de leur grossesse, B., G et F. ont trouvé chez 14 un gain de 200.000 globules ou davantage et une diminution du même nombre chez 14 autres.

Le fait le plus intéressant découvert au cours de cette étude fut la disparition remarquablement rapide de l'anémie qui se produisit dans un grand nombre des cas peu de jours après la délivrance; 34 femmes sur 48 (71 pour 100) ayant moins de 3 500.000 globules pendant les 3 derniers mois de la grossesse en gagnèrent plus de 200 000 dans les 10 jours consécutifs à l'accouchement; 23 femmes, atteintes d'anémie marquée durant la grossesse, en étaient complètement débarrassées 6 mois après l'accouchement.

Les auteurs ont recherché le rôle de divers facteurs étiologiques, tels que mauvaise hygiène, foyers infectieux, toxémie, syphilis, mais le degré de leur influence ne se montra pas assez marqué pour être appréciable. Le fort pourcentage des clientes de ville atteintes d'anémie indique que les conditions de milieu ne sont pas à elles seules responsables de l'anémie.

L'étiologie de l'anémie de la grossesse demeure donc obscure. La soustraction, par le fœtus du fer des globules maternels, la présence d une hydrémie pendant la grossesse, une chlorose préexistante, jouent vraisemblablement un rôle dans la production de cette anémie, mais de nouvelles recherches sont encore nécessaires pour éclairer la nature foncière de l'anémie secondaire, dite physiologique, de la grossesse.

P.-L. Marie.

G. Bluner. *La formule sanguine d'agranulocytose en dehors de l'angine* (*The American Journal of the medical Sciences*, tome CLXXIX, n° 1, Janvier 1930). — Le but du travail de B. est de montrer qu'en dehors de l'angine agranulocytaire, il existe des infections locales et générales n'intéressant pas primitivement la peau ou les muqueuses, qui

s'accompagnent d'une formule d'agranulocytose avec leucopénie.

A l'appui, il relate l'observation d'un homme de 52 ans, sans antécédents pathologiques notables, qui présenta une affection caractérisée par l'apparition de deux abcès dentaires, de l'affaiblissement, de la toux avec expectoration, de l'anorexie, une fièvre modérée et une périostite suppurée à staphylocoques du fémur gauche. On ne constatait pas cliniquement de splénomégalie, ni d'adénopathies; le foie était un peu hypertrophié; la formule sanguine montrait une anémie modérée (globules rouges 2.500.000), une leucopénie accentuée (globules blancs 2.000) et une absence presque complète de leucocytes granuleux. La mort, qui survint au bout de 1 mois, semble résulter de l'infection générale, de l'épuisement et d'une pneumonie terminale. L'autopsie montra une moelle osseuse en état de prolifération, mais les lésions habituelles de la leucémie lymphoïde faisaient défaut.

B. a trouvé dans la littérature quelques cas analogues, mais sans autopsie. Dans 1 cas de Türk il s'agissait aussi de staphylococcémie.

Il est difficile de préciser si c'est la septicémie ou l'incapacité de la moelle osseuse à produire des granulocytes qui constitua la lésion primitive.

Le diagnostic de tels cas peut offrir de grandes difficultés, spécialement avec la leucémie lymphoïde aiguë du type aleucémique compliquée d'infection terminale, et avec l'anémie aplastique accompagnée d'infection. P.-L. Marie.

ANNALS OF SURGERY
(Chicago)

E. Archibald (Montréal). ***Œdème aigu du pancréas*** (*Annals of Surgery*, tome XC, n° 5, Novembre 1929). — Le travail d'Archibald repose sur les expériences suivantes. — 1° Sur un chat, l'introduction de bile vésiculaire dans le canal pancréatique amène avec une rapidité extrême (une demi-minute) un œdème considérable de la plus grande partie de la tête et du corps du pancréas; quelques jours plus tard l'œdème a complètement disparu et, même au microscope, le pancréas a repris à peu près son aspect normal; — 2° Sur un autre chat, après ligature du cystique, l'introduction de bile hépatique dans le canal pancréatique détermine de même, immédiatement, un œdème considérable de la tête et surtout du corps du pancréas; six jours après, l'œdème a complètement disparu, et la coupe du pancréas est normale, sans aucune trace de nécrose.

Donc, quand la bile n'est pas infectée, qu'elle soit mêlée au mucus de la vésicule ou qu'elle vienne du cholédoque directement, sa pénétration dans le pancréas peut ne pas causer plus qu'un œdème aigu avec congestion, susceptible de se résorber complètement et rapidement.

Il est vraisemblable que, chez l'homme, le même fait peut se produire, et c'est ainsi que pourraient peut-être s'expliquer nombre de troubles abdominaux, catalogués sous des étiquettes diverses : indigestions ou autres. Si l'on intervient un peu plus tard, pour lithiase biliaire par exemple, le pancréas est revenu à son état normal. L'auteur croit avoir trouvé un exemple de cette lésion chez un homme de 26 ans qui, en un an, fit 7 à 8 crises de douleurs abdominales très violentes, à maximum dans la région sus-ombilicale; l'intervention ne montra ni lithiase biliaire, ni aucune autre lésion péritonéale ou viscérale, sauf un pancréas plus gros et plus ferme que normalement; la fermeture pure et simple de l'abdomen fut suivie de guérison; mais ultérieurement le malade refit de nouvelles crises semblables.

Cet œdème pancréatique peut être une complication de la lithiase biliaire, mais il peut aussi en être indépendant. Il pourrait s'expliquer par la pénétration de la bile dans le canal pancréatique à la suite du simple spasme du sphincter d'Oddi.

Certains signes peuvent faire penser à l'atteinte du pancréas : la douleur épigastrique s'irradiant surtout à gauche et dans le côté gauche du dos, douleur toujours d'une extrême violence; la sensibilité plus marquée à gauche; parfois les battements aortiques; une hyperglycémie transitoire et la présence de lipase ou de diastase dans le sang ou l'urine constatables dans les 48 premières heures seulement.

Bien que l'œdème se résorbe souvent spontanément, il peut aussi conduire à la nécrose pancréatique. Aussi y a-t-il lieu d'intervenir. Le traitement consistera à enlever les calculs biliaires s'ils existent, et à drainer la bile à l'extérieur pendant un à deux mois; mais la vésicule devra être conservée comme soupape de sûreté, et la cholécystostomie préférée à la cholécystectomie.

M. Guimbellot.

SURGERY, GYNECOLOGY and OBSTETRICS
(Chicago)

G. L. Moench (New-York). ***Tumeurs de l'ovaire à tissu thyroïdien; relation d'un cas apparemment toxique*** (*Surgery, Gynecology and Obstetrics*, tome XLIX, n° 2, Août 1929). — M. rapporte 3 cas de tératomes de l'ovaire contenant du tissu thyroïdien.

Le 1er *cas* concerne une femme de 44 ans, présentant simplement un petit goitre, qui entra pour une tumeur abdominale kystique, provenant du petit bassin et remontant jusqu'au-dessus de l'ombilic. Diagnostic : kyste de l'ovaire. A l'opération, on trouve un kyste de l'ovaire gauche deux fois tordu autour de son axe : ablation du kyste et de la trompe qui est normale. L'ovaire droit ne contient que quelques petits kystes. Guérison qui persiste cinq ans plus tard.

La tumeur a le volume d'un gros cantaloup, à surface lisse, sauf un sillon qui la divise en deux parties égales. La paroi du kyste est formée de tissu fibreux de 1 mm. d'épaisseur. La tumeur est divisée en deux parties par une cloison ; elle contient un liquide aqueux, jaunâtre, clair. A sa partie supérieure est une masse dure, grosse comme un œuf de poule, constituée par un kyste dermoïde avec matière sébacée et cheveux avec un noyau solide du volume d'un œuf de pigeon. A la coupe, ce noyau présente la structure typique d'un goitre colloïde kystique avec kystes atteignant le volume d'un gros pois, remplis les uns de colloïde légèrement jaunâtre, les autres de gelée d'aspect laiteux. Nulle part on ne trouve de tissu ovarien. Les petits kystes du goitre sont tapissés d'un épithélium cubique bas; leur contenu se teint fortement en rouge par l'éosine. Les kystes plus volumineux présentent de petites saillies papillomateuses. Près du centre de la tumeur, on constate un tissu d'adénocarcinome typique, divisé en alvéoles par d'épais tractus de tissu conjonctif hyalin. A peu près partout se voit une limite nette entre le goitre et le cancer, sauf en un point.

Dans le 2e *cas*, une femme de 56 ans, porteuse d'un goitre cervical, présentait un volumineux kyste ovarien droit avec signes de compression. Ablation du kyste et de la trompe ; ablation des annexes gauches kystiques. Guérison.

Le kyste enlevé a à peu près le volume d'un utérus gravide à terme; il est formé d'un gros kyste et d'un grand nombre de petits kystes; sa surface est lisse. Le contenu du grand kyste est clair et aqueux; mais plusieurs petits kystes avaient un contenu trouble. La paroi des kystes est mince. Au-dessous de la trompe et près de son extrémité utérine, il y a un kyste gros comme une orange; dans la paroi du kyste un nodule irrégulier, gros comme un œuf de poule, solide et ayant l'aspect d'un tératome; en divers points on trouve des nodules avec des zones de calcification. A la coupe ces nodules montrent la structure typique du goitre kystique.

Le 3e *cas* est beaucoup plus intéressant, car il s'agit d'une femme qui présentait des accidents de thyrotoxicose, comme on les voit dans les adénomes toxiques du corps thyroïde, accidents qui s'améliorèrent à la suite de l'ablation de la tumeur ovarienne.

Il s'agit d'une femme de 49 ans qui depuis un an accuse des douleurs abdominales avec mictions fréquentes. Le cœur présente des bruits irrégulier avec extrasystoles de temps en temps. Fin tremblement des doigts. Pression sanguine 154-95 mm H. Dans l'abdomen, kyste de l'ovaire droit. L'ablation du kyste se fait très facilement et amène la guérison avec cette particularité que, deux jours après l'opération, le pouls est devenu plus régulier. Au bout de cinq jours, le cœur est redevenu complètement normal en même temps que le tremblement des doigts a diminué.

Le kyste mesure $17 \times 16{,}5 \times 9$ cm. Il s'agit d'un kyste uniloculaire avec quelques kystes secondaires ; sa paroi est très mince, mais en un point se voit un nodule gros comme une noisette avec infiltration hémorragique. Ce nodule contient de nombreux petits kystes remplis d'une substance brunâtre, rappelant la colloïde thyroïdienne. La paroi du kysts est fibreuse, revêtue d'un épithélium cubique bas, avec çà et là des cils. Au niveau de la zone épaissie, on découvre des débris de tissu ovarien avec follicules et nombreuses cicatrices. Le nodule présente de nombreux kystes de volume variable remplis par des masses denses de sécrétion se colorant fortement par l'éosine. Il s'agit donc ici d'un kyste contenant du tissu thyroïdien. Etant donné le volume de la tumeur, il est bien certain qu'elle n'avait pu déterminer par compression les troubles cardiaques, et que ceux-ci ne pouvaient être que d'origine toxique.

M. Guibé.

ARCHIVES OF DERMATOLOGY AND SYPHILOLOGY
(Chicago)

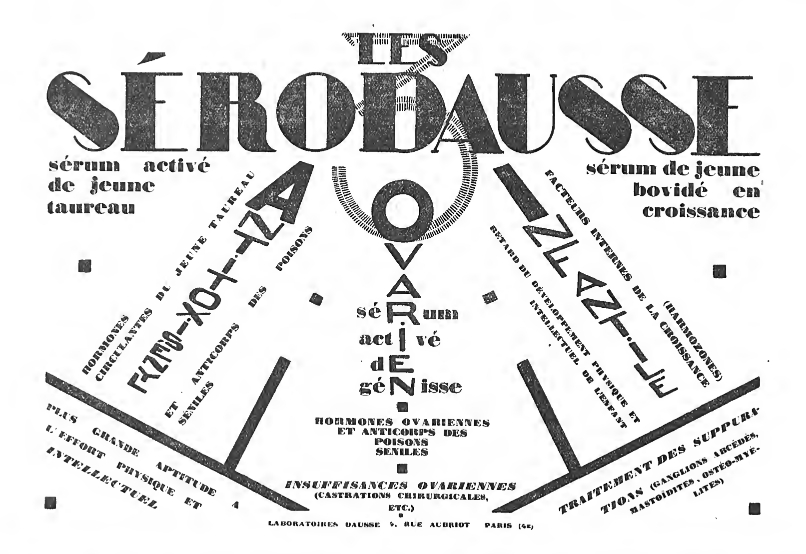
Kistiakovsky. ***Erythrocyanose symétrique de la peau ; angioneurose endocrinopathique polyglandulaire*** (*Archives of Dermatology and Syphilology*, tome XX, n° 6, Décembre 1929). — K. rapporte 14 cas de cette affection si fréquente et étudiée dans tous les pays sous des noms différents : œdème asphyxique symétrique des jambes chez les jeunes filles lymphatiques (Thibierge), œdème strumeux (Balzer), érythème induré chronique des jambes (Parkes-Weber), érythème persistant du type érythromélalgique (Meachen), érythrocyanose sus-malléolaire (Juster), infiltration érythémo-cyanotique (Darier), adiposité cyanotique des jambes (Milian), *erythrocyanosis cutis symmetrica* (Bolte), *erythrocyanosis crurum puellaris* (Alexander).

La capillaroscopie montre des altérations marquées dans le diamètre des vaisseaux sanguins. Les troubles de la circulation sanguine normale se manifestent nettement par la formation d'un grand nombre d'anévrismes dans les capillaires veineux de la papille; parfois on note une contraction intermittente des vaisseaux. Les vaisseaux sous-papillaires sont dilatés, donc visibles. Les modifications de diamètre des vaisseaux dépendent des troubles du système vaso-moteur et varient suivant les points; ces troubles sont plus marqués aux membres inférieurs.

K. passe en revue les divers travaux publiés en France et à l'étranger sur la question et range l'érythrocyanose dans le groupe des angioneuroses dues à l'action combinée du froid et d'un dysfonctionnement des glandes endocrines : ovaire, thyroïde et hypophyse. R. Burnier.

Wise et Diaso. ***Carotinémie associée au diabète*** (*Archives of Dermatology and Syphilology*, tome XX, n° 6, Décembre 1929). — En 1904, von Noorden décrivit sous le nom de *xanthose diabétique* une coloration jaune particulière, surtout marquée aux paumes des mains, aux plantes des pieds et à la face, chez des diabétiques soumis à un régime végétarien; le sérum sanguin était d'un jaune intense. En 1919, Hess et Meyers désignèrent sous le nom de *carotinémie* cette coloration spéciale, en raison du pigment carotinoïde qui existe dans les carottes, les oranges et d'autres fruits et légumes. La carotinémie peut s'observer aussi chez des non-diabétiques.

W. et D. rapportent l'observation d'une femme de 27 ans, qui fut soumise à un régime végétarien sévère à la suite d'un coma diabétique ; 2 mois après, appa-


LES
SÉRODAUSSE
sérum activé de jeune taureau
sérum de jeune bovidé en croissance
ANDROKINE
OVARIDENE
INFANTINE
HORMONES CIRCULANTES DU JEUNE TAUREAU ET ANTICORPS DES POISONS SENILES
PLUS GRANDE APTITUDE A L'EFFORT PHYSIQUE ET INTELLECTUEL
sérum activé de génisse
HORMONES OVARIENNES ET ANTICORPS DES POISONS SENILES
INSUFFISANCES OVARIENNES (CASTRATIONS CHIRURGICALES, ETC.)
FACTEURS INTERNES DE LA CROISSANCE (HARMOZONES)
RETARD DU DÉVELOPPEMENT PHYSIQUE ET INTELLECTUEL DE L'ENFANT
TRAITEMENT DES SUPPURATIONS (GANGLIONS ABCÉDÉS, MASTOIDITES, OSTÉO-MYÉLITES)
LABORATOIRES DAUSSE 4, RUE AUBRIOT PARIS (4e)

rut une coloration spéciale d'un jaune canari, principalement marquée sur la peau des paumes des mains, des plantes des pieds et de la face; les sclérotiques étaient respectées; la coloration était différente de celle de l'ictère, mais rappelait la coloration d'une solution faible d'acide picrique; pas de prurit. Le test de la carotine fut trouvé positif dans le sang (solubilité dans l'alcool et l'éther de pétrole, impossibilité d'absorption par le carbonate de calcium). Le sérum avait une coloration jaune brunâtre. Il n'existait ni bilirubinémie, ni hypercholestérinémie. L'urine ne contenait pas de bile, mais du pigment carotinoïde. R. Burnier.

ENDOCRINOLOGY

(Los Angeles)

H. Lisser et H. C. Shepardson. *Nouvelle et dernière communication sur un cas de tétanie parathyréoprive traité pendant un an par l'extrait parathyroïdien de Collip, avec mort accidentelle et autopsie* (*Endocrinology*, tome XIII, n° 5, Octobre 1929). — En 1925, L. et S. ont rapporté le premier cas de tétanie parathyréoprive traitée par l'extrait parathyroïdien de Collip La malade, une femme de 30 ans, avait subi une thyroïdectomie pour un goitre adénomateux et, après l'opération, on put constater que 3 parathyroïdes avaient été enlevées, le sort de la 4e étant resté incertain. Pendant les 3 premières semaines, la malade avait été traitée exclusivement avec des injections d'extrait parathyroïdien qui produisirent une amélioration subjective presque immédiate précédant de plusieurs jours l'atténuation des symptômes objectifs et de plus loin encore l'augmentation du taux du Ca sanguin. L. et S. avaient publié à ce moment l'histoire des 5 premières semaines. Ils relatent ici de façon très détaillée, avec de nombreux tableaux et graphiques, les événements qui succédèrent. La malade resta en observation pendant plus d'une année, et, grâce à une thérapeutique intensive de substitution par l'extrait parathyroïdien (jusqu'à 1.675 unités en 12 jours) aidée par l'ingestion de lactate de calcium et finalement d'extrait thyroïdien, elle put être maintenue en vie pendant cette période. Mais des vicissitudes nombreuses survinrent; le fait le plus caractéristique fut la fâcheuse augmentation progressive de la tolérance à l'extrait parathyroïdien, si bien qu'il devint de plus en plus difficile de maintenir le taux du Ca sanguin au voisinage de la normale en dépit des doses de plus en plus élevées de parathormone injectées. Durant le dernier mois de la maladie 160 unités par jour étaient devenues incapables, malgré l'ingestion de grosses doses de lactate de calcium, d'élever le Ca du sérum au-dessus de 6 milligr. 9 pour 100, taux critique pour l'apparition de la tétanie, alors qu'au début une dose de 10 unités tous les 2 jours se montrait suffisante pour maintenir le Ca à 8 milligr. 8. Ces fortes doses ne produisirent pas de raréfaction osseuse. Dans les derniers temps la transplantation de 2 parathyroïdes humaines fut faite sans résultat évident. Finalement des crises épileptiformes se montrèrent, la fièvre s'éleva, un abcès consécutif à une piqûre dut être incisé et la mort survint, due très probablement à une septicémie à staphylocoques. Il semble bien, si l'on rapproche ce fait de ceux de Snell et Hunter, que dans les cas graves et prolongés d'insuffisance parathyroïdienne, la thérapeutique de substitution au moyen de l'hormone de Collip, même combinée avec de grosses doses de calcium, ne suffise qu'avec peine à maintenir en vie le patient. Si une infection intercurrente survient, le pronostic se trouve très aggravé, la dose d'extrait parathyroïdien doit être encore augmentée, tout comme il arrive pour l'insuline dans le diabète compliqué d'infection, même légère.

L'autopsie montra l'absence complète de tissu parathyroïdien et l'existence évidente d'une septicémie bien caractérisée. A tous les autres égards, elle fut négative, et, à ce propos, L. et S. insistent sur l'absence de tout symptôme clinique et de toute altération secondaire du côté des autres glandes endocrines, point de ressemblance entre la tétanie parathyréoprive et le diabète sucré.

P.-L. Marie.

ARQUIVOS DE CLINICA MEDICA

(Porto)

Thiago d'Almeida. *Tuberculose gémellaire* (*Arquivos de Clinica medica*, tome III, n° 1, Juillet 1929). — L'auteur a attiré l'attention sur les similitudes de vie, de psychisme, de troubles pathologiques observés chez les jumeaux univitellins; au même âge, ils contractent les mêmes maladies qui évoluent de façon identique. Le fait a été signalé particulièrement dans des cas de démence précoce gémellaire.

Les malades de T. d'A. sont également des jumelles univitellines, âgées de 26 ans. Qu'elles soient identiques au point de vue des tests anthropométriques, rien d'étonnant; que leur façon de penser et d'agir soit exactement similaire, rien que de classique Ce qui est plus étonnant, c'est qu'étant temporairement séparées l'une de l'autre, elles aient contracté exactement au même moment une tuberculose pulmonaire offrant les mêmes localisations, les mêmes signes fonctionnels et physiques, les mêmes courbes thermiques, la même absence de bacilles dans les crachats, les mêmes réactions à l'antigène méthylique. Chez ces deux jeunes femmes la maladie s'est au même moment terminée par la guérison. Cette similitude jusque dans l'accidentel est vraiment curieuse et méritait d'être rapportée.

Dans les « Archives de l'hôpital général de Porto », l'auteur a recueilli un cas analogue.

M. Nathan.

THÉRAPEVTICHESKI ARKHIV

(Moscou)

E. M. Gelstein et M. I. Frankstein *L'acide lactique dans le sang chez les malades atteints d'une tumeur maligne* (*Thérapevtitcheski Arkhiv*, t. VII, fasc. 3, 1929). — L'examen du sang chez 51 porteurs d'une tumeur maligne permet de distinguer deux groupes en ce qui concerne la teneur du sang en acide lactique : tandis que, chez les uns, les chiffres sont normaux, chez les autres, par contre, l'on se trouve en face d'une augmentation nette.

Ni l'état de cachexie, ni l'anémie très prononcée n'expliquent les variations observées. De même, il paraît impossible d'incriminer le rôle du foie. Parfois, malgré des métastases étendues dans le foie, l'acide lactique n'est pas augmenté. D'autre part, la majorité des malades avec un taux élevé ne présentait guère de lésions du foie.

L'examen histologique de la tumeur est en mesure de fournir une explication. En effet, on constatait, chaque fois, une augmentation de l'acide lactique si la tumeur était riche en tissu purement carcinomateux ; le taux était toujours normal en cas de tissu conjonctif abondant et de foyers de nécrose nombreux. G. Ichok.

S O. Badylkess. *Cholécystopathies expérimentales et sécrétion de l'estomac* (*Thérapevtitcheski Arkhiv*, tome VII, fasc. 4, 1929). — A la suite d'expériences, il a été possible d'établir qu'un corps étranger dans la vésicule biliaire ou l'inflammation de celle-ci provoquent une diminution notable de la sécrétion gastrique et de l'acidité du suc gastrique. L'étude du mécanisme chez des chiens ayant subi une vagotomie montre que l'influence de la cholécystopathie sur la sécrétion de l'estomac se trouve être en rapport avec le sympathique.

Les faits observés s'accordent, en général, avec les données cliniques, mais parfois on constate une augmentation de la sécrétion. Aussi était-il nécessaire d'entreprendre une série d'expériences pour éclaircir le problème. A cette occasion, on a remarqué, surtout au moyen de l'examen par les rayons X, que les parois de l'estomac réagissaient d'une façon spéciale. Ainsi, l'on a pu noter un spasme total, une augmentation de la toxicité de la paroi gastrique, un péristaltisme augmenté de l'intestin grêle, une évacuation ralentie du côlon et une fonction motrice normale du tube digestif.

En plus des phénomènes cités, dans un certain nombre de cas, le pyloropasme et un ralentissement de l'évacuation gastrique attiraient l'attention et fournissaient une explication de l'hypersécrétion.

G. Ichok.

M. K. Petrova, A. I. Lidskaïa, I. A. Alexeiev, A. A. Bilida et E. A. Vladimirova. *De la pharmacologie du gnaphale (pied de chat)* (*Thérapevtitcheski Arkhiv*, tome VII, fasc. 4, 1929). — C'est dans le laboratoire de l'illustre physiologiste russe Pavlov que les expérimentateurs ont étudié l'emploi du gnaphale, dit « pied de chat », dans les affections chroniques des voies biliaires. Ils ont démontré les propriétés cholagogues de la plante surtout si l'on emploie une décoction (10 pour 100). L'infusion agit également, mais beaucoup plus faiblement.

L'ingestion prolongée du gnaphale, pendant plusieurs mois même, ne provoque aucun signe morbide. Jamais il n'a été possible d'observer un trouble digestif, ni chez l'homme, ni chez les animaux soumis à un traitement de longue durée.

Vu la modicité du prix et l'innocuité parfaite, l'on est tenté de recommander le gnaphale en cas d'affection chronique des voies biliaires. Peut-être est-il possible d'augmenter l'action cholagogue de la plante en préconisant simultanément un deuxième cholagogue du règne végétal, telle une émulsion de chènevis. G. Ichok.

ACTA PSYCHIATRICA ET NEUROLOGICA

(Stockholm)

T. Sonden (Upsal) *Artériosclérose et psychose maniaque dépressive* (*Acta psychiatrica et neurologica*, tome IV, fasc. 3, 1929). — La fréquence et la précocité d'apparition de l'artériosclérose dans la psychose maniaque-dépressive ont été souvent soutenues par les psychiatres allemands. Kræpelin fut le premier, et après lui Bleuler, Rehm, Stransky, et bien d'autres défendirent cette opinion. Albrecht, dans une statistique personnelle, note 10 fois l'artériosclérose dans 54 cas de psychose maniaque-dépressive, alors qu'il ne l'observe que 19 fois sur 182 malades atteints de psychoses diverses. Ramberg, Gutstein ont tenté d'expliquer ces faits par le rôle des troubles mentaux, de l'hypertension artérielle, de l'hyperadrénalinémie dans l'apparition des lésions vasculaires.

Les faits observés par S. sont en contradiction complète avec ces opinions. Ils montrent que l'artériosclérose, maladie d'usure, est surtout fonction de l'âge, d'un facteur étiologique principal, la syphilis, accessoirement de l'alcool et d'autres intoxications.

Les statistiques de S. montrent que l'artériosclérose est plus précoce et plus fréquente chez l'homme que chez la femme, chez les sujets sains d'esprit que chez ceux internés pour une affection mentale. Et, chez ces derniers, elle ne semble pas plus fréquente dans la psychose maniaque-dépressive que dans toute autre affection mentale, la démence précoce par exemple. H. Schaeffer.

Hyperchlorhydrie
Gastralgies-Dyspepsies
Ulcérations gastriques
Fermentations acides



REVUE DES JOURNAUX

ANNALES DE MÉDECINE
(*Paris*)

R.-J. Weissenbach, G. et M. Basch. *La méningite et la méningo-encéphalite ourliennes primitives* (*Annales de Médecine*, tome XXVII, n° 1, Janvier 1930). — Ce travail repose sur l'étude de 21 observations dont 2 personnelles. Il montre l'intérêt pratique qui s'attache à la notion des méningo-encéphalites ourliennes primitives, qu'on a chance de dépister surtout en période d'épidémie et qui paraissent devoir prendre une place d'une certaine importance dans le groupe des états méningés aigus curables, soit que la fluxion parotidienne, discrète, passe inaperçue, soit que la localisation parotidienne fasse même complètement défaut. Des cas frustes de ce genre peuvent expliquer l'immunité singulière dont font preuve, en milieu épidémique, certains sujets qui ne semblent pas avoir été atteints antérieurement de l'infection ourlienne.

Très souvent, dans les méningites ourliennes, on note une atteinte parcellaire, discrète ou fugace du parenchyme nerveux; exceptionnellement, des signes de lésions importantes ou définitives (névalgies diverses, paralysies, aphasies, éruptions zostériennes). La bradycardie peut se manifester sans aucune méningite décelable et relève d'une action directe du virus sur la substance nerveuse. Aussi W., B. et B. considèrent-ils les altérations du liquide céphalo-rachidien comme secondaires à des lésions parenchymateuses cérébro-médullaires produites par le virus ourlien. L'affinité du virus ourlien pour le parenchyme nerveux présente, en général, les mêmes caractères que son affinité pour les parenchymes glandulaires (début brusque, évolution rapide); la possibilité de séquelles, exceptionnelles, s'explique par la fragilité des éléments nerveux.

Le double tropisme du virus ourlien apparente celui-ci au virus de la rage et de l'encéphalite épidémique, doués l'un et l'autre, comme lui, mais à un degré inégal, d'un tropisme nerveux et glandulaire. Mais, le caractère fluxionnaire, en général léger et éphémère, des atteintes nerveuses du virus ourlien, le distingue nettement des virus de la rage et de l'encéphalite épidémique. L'immunité qu'il confère le différencie encore de ces deux virus, le rapprochant, par contre, d'autres virus neurotropes, comme ceux du zona et de la maladie de Heine-Médin.

L. Rivet.

P. Savy et H. Thiers (Lyon). *Les méningo-néphrites (les méningites infectieuses latentes dans les urémies nerveuses des néphrites et des ictères graves)* (*Annales de Médecine*, tome XXVII, n° 1, Janvier 1930). — Chez des sujets présentant des signes d'urémie nerveuse absolument banale et sans aucun symptôme méningé, à proprement parler, survenant au cours d'une néphrite aiguë ou chronique ou d'un ictère grave, il est possible de mettre en évidence, par la ponction lombaire et par elle seulement, un envahissement des méninges par un microbe qui, dans 5 observations relatées (dont 2 personnelles), était le pneumocoque. Cette méningite est caractérisée essentiellement par sa latence: latence clinique, car il n'y a pas de signes méningés; latence anatomique car, à la vérification, il n'y a pas de signes d'inflammation méningée et le microscope lui-même est incapable de les déceler ou du moins y arrive très difficilement.

Ainsi, de même qu'il existe des hépato-néphrites, il est des méningo-néphrites, mais la note méningée est particulièrement latente. Cette participation méningée explique probablement certaines urémies fébriles et dont la cause hyperthermisante avait été méconnue; elle explique la symptomatologie nerveuse de certains ictères graves. Mais elle coexiste souvent avec des altérations chimiques qui accompagnent habituellement les urémies, de sorte que, chez ces malades, il devient très difficile, pour ne pas dire impossible, de savoir quelle est la cause exacte des symptômes observés avant la mort.

L. Rivet.

A. Van Bogaert et J. Mage (Anvers). *Le syndrome neuro-végétatif du rhumatisme articulaire aigu* (*Annales de Médecine*, tome XXVII, n° 1, Janvier 1930). — B. et M. considèrent le syndrome cardio-vasculaire initial du rhumatisme articulaire aigu non comme un syndrome réflexe d'origine cardio-aortique, mais comme l'expression d'une déficience du système presseur ortho-sympathique avec libération secondaire du tonus parasympathique.

Cet état se caractérise par: 1° de la sudation profuse; 2° des taches cutanées vaso-paralytiques sur un fond de pâleur; 3° de la bradycardie sinusale; 4° un abaissement important de la tension diastolique avec élévation de la tension systolique; 5° de l'hypotonie artérielle avec impulsion cardiaque brusque et assez énergique; 6° un souffle holosystolique naissant dans l'aorte et se propageant dans les artères carotides et sous-clavières.

Reste à déterminer si cette hyposympathicotonie est l'expression d'une parésie périphérique du système orthosympathique par l'intoxication rhumatismale ou bien si elle traduit l'atteinte des centres régulateurs mésocéphaliques du tonus neuro-végétatif.

En faveur d'une origine centrale mésocéphalique, plaident la généralisation de cette hypotonie orthosympathique ainsi que l'existence d'un syndrome cardio-vasculaire identique au cours de certains déséquilibres neuro-végétatifs. Le tropisme mésocéphalique (et la chorée en est la preuve) du virus rhumatismal est un dernier argument et l'on se souvient que Potain signala la fréquence des souffles de la base au cours de la chorée.

La pathologie du mésocéphale (encéphalite épidémique, maladie de Parkinson, chorée), par son cortège de troubles neuro-végétatifs et endocriniens, a soulevé le problème des localisations mésocéphaliques des fonctions neuro-endocrino-végétatives. Van B. et M. inclinent à croire que le syndrome neuro-végétatif rhumatismal et peut-être même ses troubles endocriniens (thyroïde-surrénale) tardifs traduisent un dysfonctionnement toxi-infectieux des centres végétatifs mésocéphaliques. Certaines dysthyroïdies post-rhumatismales, sans signes d'inflammation thyroïdienne, au cours de la phase aiguë, relèvent peut-être de ce mécanisme.

L. Rivet.

J. Pavel, J. Claudian et D. Cornateano (Bucarest) *La signification clinique et physio-pathologique du signe de Chvostek* (*Annales de Médecine*, tome XXVII, n° 1, Janvier 1930). — P., C. et C. décrivent les caractères des trois types du phénomène de Chvostek, qu'ils ont recherché chez 532 malades divers, dont aucun ne présentait d'antécédents tétaniques. Ils ont trouvé le phénomène surtout entre 5 et 15 ans, alors qu'il est exceptionnel au-dessus de 40 ans. La fréquence et l'exclusivité de l'apparition du signe de Chvostek au cours de la tétanie n'est rien moins que démontrée, puisqu'on rencontre ses divers types dans beaucoup d'affections et même chez des sujets normaux. Tout porte à croire qu'il s'agit d'un léger trouble de l'équilibre acido-basique dans le sens de l'alcalose. Certains travaux de Turpin et de Draganesco plaident dans ce sens. Dès lors, on ne sera plus surpris de voir que le signe de Chvostek peut coexister avec la tétanie ou exister en dehors d'elle, qu'enfin la tétanie puisse évoluer sans ce signe. Employer le phénomène du facial pour le diagnostic de la tétanie paraît donc être du point de vue pathogénique comme du point de vue clinique, une erreur.

L. Rivet.

LE JOURNAL MÉDICAL FRANÇAIS
(*Paris*)

A. Jacquelin. *Le pronostic de la tuberculose pulmonaire* (*Le Journal médical français*, tome XVIII, n° 10, Octobre 1929). — Il n'est guère de problème plus difficile à résoudre que celui du pronostic de la tuberculose pulmonaire. L'extrême variété d'évolution de la tuberculose déjoue parfois toutes les prévisions.

Ce n'est qu'après un examen clinique approfondi du tuberculeux, après un examen radioscopique et radiographique, au besoin de plusieurs clichés pris en série et après une étude minutieuse des antécédents et des grandes fonctions viscérales, que l'on peut s'essayer à faire un pronostic global des grandes formes de la tuberculose pulmonaire.

Le siège uni- ou bilatéral des lésions tuberculeuses offre un intérêt primordial depuis l'avènement des méthodes de collapsothérapie. L'unilatéralité stricte exigée pour la thoracoplastie est d'ailleurs moins essentielle pour la création d'un pneumothorax.

L'étendue des lésions est moins importante que leur topographie; mais, pour une même forme anatomique, elle conserve un intérêt capital.

Le type lésionnel est important:

a) Le type fibreux comporte un pronostic relativement favorable, mais il faut conserver la notion du caractère évolutif de ces lésions.

b) Dans la tuberculose caséifiante, les formes les plus graves sont représentées par la pneumonie et la broncho-pneumonie caséeuses, qui ont une tendance ulcéreuse rapide et une évolution extensive. La différenciation de ces lésions est très délicate avec les poussées congestives, « pneumonies curables » ou spléno-pneumoniques, poussées « périphymiques » ou « épituberculeuses ». Ces formes anatomo-cliniques ont fait douter de la possibilité d'établir un pronostic; celui-ci pourra s'appuyer, dans une certaine mesure, sur les stigmates du terrain de résistance. Le type fibro-caséeux de la phtisie commune a un pronostic grave.

c) La formation cavitaire, quelquefois muette, comporte, en général, un pronostic sombre.

d) L'existence d'une symphyse pleurale permet de prévoir la réussite ou l'échec du pneumothorax.

L'absence d'expectoration n'est pas toujours un indice favorable. Au cours des poussées évolutives de la tuberculose commune, l'augmentation du nombre quotidien des crachats, puis leur diminution progressive sont souvent un fidèle témoignage de l'évolution.

En face de toute hémoptysie, le pronostic doit être réservé au moins pendant plusieurs semaines, et il sera basé sur l'observation attentive du malade et sur l'évolution.

Les symptômes généraux, surtout la fièvre, montreut, dans bien des cas, la gravité de la maladie et sa marche évolutive.

La recherche des disséminations bacillémiques, l'étude des grandes fonctions viscérales et de l'état nerveux et psychique sont très importantes pour préciser les possibilités de guérison des tuberculeux pulmonaires. Mais il faut surtout insister sur la valeur pronostique du terrain.

La race, l'hérédité et l'état diathésique ont une influence sur le pronostic de la tuberculose et réalisent certaines constitutions morphologiques, certains types humains, soit réfractaires, soit hypersensibles à la tuberculose pulmonaire En schématisant, on peut décrire 3 types principaux:

1° Le type le plus vulnérable semble l'habitus « prétuberculeux », le *status phtisicus* des anciens auteurs, caractérisé par une taille élevée, un cou grêle, des membres longs, un thorax plat et étroit, un coefficient de robusticité médiocre, un système pileux très développé, des sourcils très abondants et de

longs cils et, d'une façon inconstante, par la coloration rousse spéciale de la chevelure.

2° Le type de vulnérabilité moyenne est celui des sujets d'apparence vigoureuse, à prédominance thoracique et respiratoire.

3° Le type de résistance à la tuberculose est caractérisé par des séquelles de déformations rachitiques, thoraciques et cypho-scoliotiques, des signes de dystrophie du tissu conjonctivo-élastique : laxité articulaire, hypotonie abdominale, facilitant les ptoses viscérales. Cette constitution coexiste très fréquemment, surtout chez les blonds, avec l'hypertrophie de tout le tissu lymphoïde.

La recherche des manifestations dites de « tuberculose atténuée » antérieure, l'âge, la position sociale et diverses conditions accidentelles ont aussi une influence pour le pronostic Chez la femme, le pronostic de la tuberculose subit deux facteurs principaux d'aggravation : les règles et surtout la maternité.

Le laboratoire ne tient, pour la fixation du pronostic, qu'un rôle de second plan. La cuti-réaction à la tuberculine, intense, précoce et durable, indique une défense organique solide; elle tend à devenir négative au stade ultime de la cachexie phtisique. La réaction de fixation mesure surtout l'étendue des lésions pulmonaires ; elle est très forte avec une tuberculose évolutive, faible ou négative chez les tuberculeux fibreux. La réaction de sédimentation exprimerait avec une certaine précision l'activité du foyer tuberculeux. L'examen des crachats n'est à retenir ni au point de vue du nombre, ni à celui du caractère morphologique du bacille.

Robert Clément.

ANNALES DE DERMATOLOGIE ET DE SYPHILIGRAPHIE

(Paris)

Lortat-Jacob, Roberti et Poumeau Delille. *Les réinoculations syphilitiques* (*Annales de Dermatologie*, VIIe série, tome I, Janvier 1930). — Les accidents de réinoculation peuvent revêtir diverses formes : la *pseudo réinfection* est une lésion dont l'origine est endogène, il s'agit de tréponèmes du malade qui se sont enkystés à la suite d'un traitement insuffisant et qui pullulent *in situ* (chancre *redux*); la *superinfection* est une lésion plus ou moins semblable à un accident primitif, se développant en un point inoculé par des tréponèmes exogènes, chez un malade non guéri de sa syphilis; la *réinfection* est une lésion ayant tous les caractères du chancre, survenue après une incubation normale après inoculation de tréponèmes exogènes chez un malade guéri de sa syphilis.

Pour admettre la réinfection, certaines conditions sont nécessaires et suffisantes : la 1re syphilis doit être incontestable; le 2e accident doit être incontestablement un chancre (temps d'incubation normal, aspect clinique, tréponèmes à l'ultramicroscope, adénopathie satellite, Wassermann d'abord négatif, puis positif vers le 12 au 15e jour); les deux syphilis doivent avoir été diagnostiquées par le même médecin ou tout au moins par deux médecins offrant toutes garanties en syphiligraphie ; si le traitement était retardé au delà du 45e jour, des accidents secondaires devraient apparaître ; enfin la confrontation a une très grande valeur.

Il est souvent difficile de distinguer nettement les superinfections et les réinfections, qui ne sont que des modalités différentes des réactions tégumentaires; aussi les auteurs préfèrent-ils le terme d'*inoculation seconde* ou de *réinoculation*, dont ils rapportent 7 observations.

R. Burnier.

Cl. Simon et Bralez *Les bismuths lipo-solubles dans le traitement de la syphilis* (*Annales de Dermatologie*, VIIe série, tome I, n° 1, Janvier 1930). — S. et B. ont employé le campho carbonate de bismuth soluble dans l'huile chez 59 syphilitiques dont ils rapportent les courbes sérologiques. Ces courbes sont comparables à celles qu'on obtient avec les médicaments les plus actifs. L'absorption du médicament est plus rapide que celle des bismuths insolubles; l'élimination est plus lente que celle des bismuths solubles dans l'eau, moins lente que celle des bismuths insolubles L'action thérapeutique est aussi rapide que pour les solutions aqueuses et presque aussi prolongée que celles des Bi insolubles.

Ces Bi lipo-solubles sont moins agressifs pour l'organisme que les Bi solubles et ne créent pas de dépôts intramusculaires.

Comme inconvénients, la stomatite est un peu plus fréquente qu'avec les Bi insolubles ; elle apparaît plus rapidement; les malades se plaignent parfois d'une lassitude mal définie qu'on combat facilement avec l'adrénaline.

Comme posologie, chaque centimètre cube contient 4 à 5 centigr. de Bi métal; cette dose est répétée 2 fois par semaine si l'on a à traiter une syphilis au début. Pour traitement d'entretien, une injection hebdomadaire paraît suffisante.

R. Burnier.

REVUE NEUROLOGIQUE

(Paris)

Barré et Fontaine. *Syndrome frontal pur par tumeur du septum* (*Revue neurologique*, XXXVIe année, tome X, n° 1, Janvier 1930). — B. et F. rapportent l'histoire d'un jeune homme de 16 ans présentant un syndrome d'hypertension intracranienne classique (céphalée, vomissements, stase papillaire) et des troubles mentaux avec somnolence, désorientation légère, gaité et jovialité, une parésie faciale gauche et une hémiparésie gauche avec extension de l'orteil. En plus, on notait une légère hypoexcitabilité du vestibule droit à l'épreuve calorique.

Le diagnostic de néoplasme intracranien du lobe frontal droit s'imposait. L'intervention permit de sentir un certain degré de résistance au doigt en palpant le lobe frontal, sans rien d'autre. Le malade décéda peu après, et l'on trouva un gliome gros comme une noix adhérent au septum lucidum et à la base du ventricule. Le cerveau, qui ne bombait pas à l'intervention, faisait saillie par la brèche osseuse après la mort; et l'incision de la corne ventriculaire droite fut suivie de l'issue de liquide céphalo-rachidien sous pression. Les auteurs pensent que la ponction de cette corne pendant la vie eût peut-être empêché une issue fatale prématurée.

H. Schaeffer.

REVUE SUD-AMÉRICAINE DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE

(Paris)

C Stajano, D Bennati et B Pertuzzo (Montevideo). *Les facteurs déterminants du choc opératoire dans les désarticulations de la hanche* (*Revue Sud-Américaine de Médecine et de Chirurgie*, t I, n° 2, Février 1930). — Frappés, à plusieurs reprises, par l'état alarmant de malades qui venaient de subir une désarticulation de la hanche et dont certains sont morts sur la table d'opération ou quelques heures après l'intervention avec des signes de défaillance totale de leur système organo-végétatif, les auteurs ont cherché une explication à cette gravité particulière de la désarticulation de la hanche contrastant avec la bénignité de l'amputation de la cuisse au tiers supérieur que des sujets, même cachectiques et affaiblis, supportent sans incidents.

A leur avis, ces accidents — dont ils rapportent un nouvel exemple (désarticulation de la hanche droite pour sarcome du fémur), d'ailleurs suivi de guérison, après un épisode des plus alarmants ayant débuté sur la table d'opération même et prolongé durant 10 heures — ces accidents ne peuvent être attribués ni à l'hémorragie, ni aux multiples sections musculaires, ni même à la durée de l'opération que les chirurgiens ont réussi à réduire à un temps très court. Il s'agirait d'un syndrome inhibitoire dont la cause relèverait d'une commotion produite dans le foyer opératoire au moment même de l'intervention.

Chez le malade dont ils rapportent l'observation, les différents secteurs du système organo-végétatif ont, en effet, répondu cliniquement, au moment même de la désarticulation de la tête fémorale, par un phénomène d'inhibition, réalisant le syndrome global du choc : le système vaso-moteur a réagi par une vaso-constriction périphérique (teinte violacée, pâleur organique) ; l'atteinte de l'innervation cardiaque s'est manifestée par des troubles d'insuffisance cardiaque, graves au début, mais qui ont disparu en 48 heures ; les troubles de l'innervation respiratoire se sont traduits par une respiration fréquente, superficielle, à peine perceptible ; enfin l'inhibition des fibres lisses de l'estomac a donné lieu, après 48 heures, à une dilatation aiguë typique de cet organe. Ce syndrome d'inhibition a pour caractère essentiel d'évoluer en 40 à 48 heures, quand la mort, ainsi que nous l'avons signalé au début, n'est pas survenue sur la table d'opération ou dans les premières heures qui ont suivi.

Quel est le facteur qui détermine ce syndrome ? S., B. et P. pensent que les choses se passent de la façon suivante. Lorsque, au moment de la désarticulation, la tête fémorale a quitté la cavité cotyloïde et que le trochanter est libéré des muscles qui le maintiennent, le membre pèse alors de tout son poids et ne reste maintenu que par l'élasticité des longs muscles postérieurs et par les adducteurs internes. Lorsqu'on sectionne le lambeau postéro-interne, la traction produite par le poids du membre qui tombe tire les masses musculaires et les troncs nerveux qui convergent vers les nerfs sciatique et obturateur. C'est l'allongement brusque de ces nerfs et la violence du traumatisme nerveux qui en résulte que S., B. et P. considèrent comme la cause spécifique du syndrome inhibitoire. Ils notent d'ailleurs que le même syndrome inhibitoire accompagne parfois la désarticulation de l'épaule. Enfin l'expérimentation sur le chien leur a montré que, au cours de la désarticulation de la hanche, si rien ne se passe lors de l'ouverture de la capsule, de la section du ligament rond et de la section de la masse des muscles pelvitrochantériens, on provoque au contraire un choc expérimental à volonté en exerçant des tractions sur le nerf sciatique, choc qui disparaît progressivement lorsqu'on cesse les tractions.

Conclusion pratique : dans la désarticulation de la hanche, éviter la chute brusque du membre lorsqu'on sera parvenu au dernier temps de l'opération afin de ne pas produire l'étirement violent des masses musculaires et des troncs nerveux qui détermine le syndrome inhibitoire.

J. Dumont.

MÜNCHENER MEDIZINISCHE WOCHENSCHRIFT

(Munich)

O Pankow *Altérations germinales par irradiation* (*Münchener medizinische Wochenschrift*, tome LXXVII, n° 8, 21 Janvier 1930). — On tend actuellement à étendre les indications des irradiations ovariennes Il importe donc, au premier chef, d'être sûr de l'innocuité de cette thérapeutique lorsqu'il s'agit de déterminer une stérilisation temporaire chez une femme susceptible de redevenir ultérieurement enceinte.

L'influence des rayons X sur le produit de conception a été étudiée, et de nombreuses observations rapportent soit des avortements spontanés, soit des malformations congénitales, soit une fragilité de l'enfant entraînant une mort rapide.

Mais, même les enfants apparemment sains pourraient, selon P., être porteurs d'anomalies.

L'expérimentation sur l'animal serait parfois susceptible de déceler, à côté des altérations phénotypiques apparentes et d'ailleurs inconstantes, des lésions des cellules reproductrices entraînant une modification du génotype.

Comme il s'agit souvent d'un caractère maternel récessif, le produit de conception paraît normal, quoique porteur d'une anomalie transmissible à ses descendants. Ce n'est qu'au cours des générations ultérieures que l'union de deux organismes chez

lesquels le caractère anormal existe en puissance détermine son apparition manifeste.

Ces phénomènes, inaperçus en clinique humaine, ne sont donc décelables que par l'expérimentation. Les conséquences nocives des irradiations deviendraient cependant plus fréquentes si l'on poursuivait l'extension des indications de la stérilisation passagère, la multiplication des cas d'anomalies régressives augmentant les chances de rencontre et d'union d'individus porteurs latents de ces altérations transmissibles.

Dans une série d'expériences ingéuieuses, P. a réussi à montrer l'aetion de l'irradiation isolée d'un ovaire sur l'ovulation et la fécondation des ovules issus de cette glande irradiée.

Il eonclut à la nécessité de prudence thérapeutique et conseille de réserver les irradiations stérilisantes aux femmes atteintes d'affections rendant improbables les grossesses ultérieures.

Aueune preuve véritable de l'action sur le génotype n'est eependant apportée, et P. ne paraît pas avoir envisagé le problème des modifications acquises de l'hérédité auquel des faits certains concernant l'altération transmissible des cellules génitales par les rayons X auraient fourni des données capitales.

G. Dreyfus-Sée.

MEDIZINISCHE KLINIK

(Berlin)

K. Paschkis. *La symptomatologie des hémoglobinuries paroxystiques* (*Medizinische Klinik*, tome XXVI, n° 2, 10 Janvier 1930). — P. relate en détail 2 observations d'hémoglobinurie paroxystique : la première est une hémoglobinurie *a frigore*, qui présente quelques particularités, la seconde paraît être un cas très rare d'hémoglobinurie d'origine museulaire.

La 1re observation est celle d'un employé de commerce de 34 ans, qui était sujet à des crises de diarrhée, et qui, 2 semaines après une crise de ce genre, fut pris subitement de petits frissonnements, de fièvre à 38°6, de céphalées, sans autre symptôme, et, en particulier, sans modification des urines. Il resta au lit quelques jours, mais, 3 jours après qu'il eut repris son travail, il remarqua la coloration foncée de ses urines, qui étaient d'un brun rouge. Cette coloration des urines existait depuis quelques jours, lorsque apparurent une violente épigastralgie, des nausées et, enfin, des vomissements bilieux. Le médecin remarqua à ce moment un peu d'ictère. Le foie et la rate étaient gros. Les urines contenaient de l'hémoglobine, un peu d'albumine, un peu de bilirubine, beaueoup d'urobiline ; le sédiment était important, constitué par des masses brunes hématiques, avec quelques leucocytes et quelques débris globulaires. La eholémie était augmentée, du moins à la réaction indirecte. Le chiffre des globules rouges était abaissé : 2.880 000, avee une valeur globulaire de 1,02. Il y avait 88 pour 1.000 d'hématies à granulations vitales, et une microcytose bien earactérisée. La résistance globulaire aux solutions chlorurées hypotoniques était abaissée (60-30). Enfin l'épreuve de Donath et Landsteiner et l'épreuve du bain de pieds froid étaient franchement positives.

L'hémoglobinurie se reproduisant, avee un peu de fièvre, à chaque lever du malade, celui-ei dut s'aliter 10 jours à la clinique. Les accidents disparurent alors définitivement. Mais, 7 mois après, on notait encore chez lui de la splénomégalie, de la fragilité globulaire (68-48) et une cholémie exagérée.

Il n'y avait aucun signe de syphilis. Le Bordet-Wassermann et la réaction de Meinieke étaient négatives, mais le frère du malade présentait des signes d'ictère hémolytique fruste : hépato- et splénomégalie, léger subietère, urobilinurie, fragilité globulaire légère (48-38).

Les caraetères les plus dignes d'être notés, dans cette observation, sont l'absence de syphilis, et l'association de l'hémoglobinurie paroxystique à un ictère hémolytique. Or, ce dernier n'était pas un ictère hémolytique acquis, — non plus qu'un pseudo-ictère hémolytique, — mais un véritable ictère hémolytique familial.

La seconde observation est celle d'un employé de 30 ans, qui avait présenté, vers le 20 Août, les signes d'une myosite extrêmement douloureuse des muscles de la ceinture scapulaire droite, sans signe clinique ni radiologique de lésion osseuse ni articulaire. Les accidents disparurent en quelques jours, sous l'influence d'un traitement salicylé énergique. Mais, le 9 Septembre, de la diarrhée apparut pendant 24 heures, puis des frissons, de la fièvre et de violentes douleurs lombaires, avec hémoglobinurie. Or, l'épreuve de Donath-Landsteiner, l'épreuve du bain de pieds froid étaient négatives. La réaction de Bordet-Wassermann était également négative. Il n'y avait pas de fragilité globulaire. L'hémoglobinurie disparut d'ailleurs rapidement.

P. élimine l'hypothèse d'une intoxication salicylée : un traitement d'épreuve de 5 gr. de salicylate par jour est resté sans effet. Il paraît vraisemblable qu'on doit ineriminer la myosite antérieure, et rapprocher cette observation des cas de Meyer-Betz et de Paul. Cependant, ces derniers concernent des faits assez différents : l'hémoglobinurie était plus durable et accompagnait des lésions graves des muscles, d'ordre dégénératif.

J. Mouzon.

H. Bernhardt. *Le traitement combiné au bleu d'isamine et à l'irradiation dans les tumeurs malignes* (*Medizinische Klinik*, tome XXVI, n° 3, 17 Janvier 1930). — Après avoir été expérimenté, du point de vue biologique, par Goldmann, collaborateur d'Ehrlich, en 1909, le bleu d'isamine a été essayé en premier lieu par R. Roosen, en 1923, dans les tumeurs inopérables. B. a repris ces essais depuis 1926, d'abord à titre de thérapeutique isolée, puis en association avec la radiothérapie ou avec la curiethérapie.

Le produit qu'ils emploieut maintenant a un pH de 6,15 en solution à 5 pour 1.000, et doit être utilisé presque exclusivement en injection intraveineuse ; des suppositoires peuvent cependant servir à une médieation adjuvante.

La solution doit être préparée extemporanément, au taux de 7,5 à 8 pour 1.000 dans l'eau distillée ou dans la solution glucosée à 5 pour 100 ; la solution ne doit pas être chauffée au-dessus de 80°, elle doit être filtrée, et se conserve ensuite 72 heures environ. Au moment de l'injection, on la mélange, dans la seringue, à de la glycérine, dans la proportion de 2 cmc de glycérine pour 10 cmc de solution. B. commence la cure par une injection de 5 cmc de la solution, puis il augmente peu à peu les doses, à raison d'une injection chaque jour, ou mieux d'une tous les 2 jours, jusqu'à la dose de 15 cmc. Lorsqu'il pratiquait la cure isolée, il administrait ainsi 2 gr. à 2 gr. 5 du produit par eure, avec de courtes pauses après 6 à 8 injections. Actuellement, il se conteute de 1 gr. 2 en association avec la radiothérapie. La eure comporte 12 à 15 injections, et dure de 2 à 3 semaines.

Les injections sont toujours bien tolérées, — à eondition qu'on n'utilise pas de produit trop ancien. Le colorant se retrouve dans la bile et dans l'intestin, mais ne colore presque jamais les urines. Lorsque la dose injectée atteint 1 gr., les sujets commencent à présenter une cyanodermie, qui est surtout évidente autour des yeux. Cette coloration est beaucoup plus marquée chez les hépatiques ; elle persiste environ 3 mois.

Le bleu d'isamine semble se fixer plus partieulièrement sur le tissu réticulo endothélial et sur le tissu conjonctif, spécialement sur le tissu conjonctif péritumoral et sur les ganglions cancéreux ; mais le tissu eancéreux lui-même n'est pas imprégné. B. suppose que le produit agit en augmentant la résistance du tissu conjonctif ; il l'a vu déterminer, cliniquement, le relèvement de l'état général, l'amélioration de l'appétit, la rétrocession de la caehexie, une reprise du poids, la disparition ou une grande atténuation des douleurs ; il n'a pas vu se modifier les tumeurs elles-mêmes, mais il pense que la cure peut permettre de faire intervenir la radiothérapie ou la curiethérspie chez des malades qui n'auraient pas été, tout d'abord, en état de les supporter. Lorsque la radiothérapie ou la curiethérapie ne peuvent être pratiquées, B. fait suivre la cure de bleu d'isamine d'une cure de bismuth ou d'une cure d'iodure de plomb.

Outre les modifications cliniques, B. note une réaction lymphocytaire et éosinophilique, une augmentation de la cholestérinémie.

Pendant le traitement, on renforce l'alimentation, on administre de la chaux, on soumet la tumeur et ses métastases à uue diathermie prudente ; enfin on évite autant que possible les opiacés.

La cure de bleu d'isamine peut être renouvelée au bout de 3 ou 4 mois.

Plus de 200 cancéreux inopérables out été traités par B. (2.000 injections), dont plus de la moitié en combinaison avee l'irradiation. Parmi eux, 79 out fait leur traitement au complet, et avec le résultat suivant :

	Malades traités	Bons résultats
Cancer du poumon	23	12
Caneer de l'estomac	7	4
Hypernéphromes	3	0
Cancer de l'œsophage. . . .	6	3
Tumeurs de la parotide. . .	2	2
Cancer du sein avec métastases osseuses	7	5
Lymphosareomes	4	3
Lymphogranulomatose (cas déjà irradiés).	4	0

Dustiu (Bruxelles), Tenderloo (Leiden) out eu également de bons résultats avec le bleu d'isamine chez les cancéreux. Mais il ne saurait évidemment s'agir d'un traitement eurateur.

J. Mouzon.

J. Urbach. *Syphilis et traumatisme* (*Medizinische Klinik*, tome XXVI, n° 3, 17 Janvier 1930). — U. rapporte l'observation d'un homme de 43 ans, qui présentait une plaie de la jambe à la suite d'une chute qu'il avait faite, 3 semaines auparavant, du haut d'une échelle. Malgré des pansements faits correctement, cette plaie ne se cicatrisait pas ; son pourtour devenait rouge et tuméfié ; les ganglions inguinaux correspondants étaient gros et douloureux. Cinq semaines après le traumatisme, la plaie était devenue franchement ulcéreuse, et une collection, qui était apparue 2 em. plus haut, s'était ouverte spontanément, donnant lieu à une uleération analogue. Malgré le résultat de la réaction de Bordet-Wassermanu, qui fut négative à 2 reprises différentes, un traitement novarsenical fut institué, et la guérison fut complète en 2 semaines, après 1,8 de néosalvarsan ; le malade niait toute infection vénérienne. Six mois après, il persistait encore un petit épaississement périosté du tibia, visible sur la radiographie ; le malade gardait, en ce point, quelques douleurs spontanées et un peu de sensibilité à la pression.

U. profite de cette observation pour faire une revue générale des données cliniques, expérimentales, étio-pathogéniques et médico-légales, que l'on possède sur le rôle du traumatisme dans la provocation ou dans la localisation des accidents syphilitiques de la peau, des muqueuses, des os et des artieulations. Cette revue se termine par une importante bibliographie.

J. Mouzon.

BRUNS' BEITRÄGE zur KLINISCHEN CHIRURGIE

(Berlin, Vienne)

Willich. *Processus de guérison d'un cas d'ostéite fibreuse généralisée* (*Bruns' Beitrage zur klinischen Chirurgie*, tome CXLVII, n° 1, 1929). — Alors que dans l'ostéite fibreuse localisée la guérison est la règle, le pronostic de l'ostéite fibreuse généralisée est au contraire extrêmement sombre. W. rapporte le cas suivant, qui a évolué spontanément vers la guérison.

Il s'agit d'une femme de 56 ans. Cette femme a présenté à l'âge de 30 ans, au niveau du maxillaire

inférieur, une tumeur qui aurait été une épulis; deux ans plus tard, apparaissent des troubles douloureux dans les tibias, puis dans les fémurs, suivis de tumeur; les jambes s'incurvent et la marche devient impossible. Un peu plus tard apparition d'une tumeur bilatérale au niveau du maxillaire supérieur. Il survient ensuite une fracture spontanée du fémur qui guérit en six semaines, puis des épistaxis à répétition qui nécessitent la résection des maxillaires supérieurs. Depuis quinze ans, l'état va en s'améliorant, la marche redevient possible, les tumeurs osseuses diminuent et disparaissent, mais par contre le crâne augmente de volume. Il n'existe pas de troubles endocriniens. La malade n'a jamais eu de grossesse.

Depuis 1912, où le diagnostic d'ostéite fibreuse a été posé, l'examen histologique des deux maxillaires a montré qu'il s'agissait d'un sarcome ossifiant à cellules géantes; peut-être s'agissait-il simplement de tumeurs bénignes?

Sur les radiographies, on peut suivre la reconstitution du cubitus; le canal médullaire s'est reformé, la corticale s'est épaissie, et cette reconstruction osseuse est tout à fait exceptionnelle.

Les radiographies des os des membres et de la colonne vertébrale montrent les lésions caractéristiques de l'ostéite fibreuse, mais par contre les radios du crâne montrent l'aspect de la maladie de Paget; le crâne a d'ailleurs augmenté de volume.

Cette évolution a été spontanée; aucun traitement n'a été institué; il n'a pas été pratiqué de radiothérapie. J. Sénèque.

Maxon. ***Rupture du muscle psoas iliaque avec hémorragie grave*** (*Bruns' Beiträge zur klinischen Chirurgie*, tome CXLVII, n° 1, 1929). — Ce cas serait, d'après l'auteur, le premier cas connu de rupture spontanée du muscle psoas.

Il s'agit d'un homme de 30 ans qui, en soulevant un poids de 40 kilogr., éprouve une douleur violente dans la région inguinale. Il peut cependant reprendre son travail, mais, dans les jours suivants, la douleur augmente progressivement, le membre inférieur se met en flexion et se contracture; il existe des troubles vagues de la sensibilité au niveau de la cuisse. A l'examen, on découvre un empâtement dans la région de l'hypocondre droit, et l'interrogatoire apprend que le blessé est hémophile. On pense à une hémorragie profonde et l'on décide l'intervention. Par laparotomie médiane on découvre un vaste hématome dans la région iliaque; l'incision du péritoine pariétal postérieur permet de découvrir une rupture du muscle psoas avec de gros caillots sanguins. Lors d'une tentative de ligature, le muscle se déchire, et l'on doit se contenter de tamponner la région.

On peut se demander s'il s'est agi d'une rupture par effort ou d'une hémorragie musculaire chez un hémophile. L'examen du sang n'ayant pas montré de retard dans la coagulation, il semble que l'on doive s'arrêter à la première hypothèse. Il est important de noter que, quatre mois après, il persistait encore des troubles de la sensibilité et il est probable que l'hématome a entraîné des troubles de compression du côté du plexus lombaire. J. Sénèque.

Sternberg. ***Œsophagoplastie totale aux dépens du gros intestin*** (*Bruns' Beiträge zur klinischen Chirurgie*, tome CXLVII, n° 1, 1929). — Quand un rétrécissement cicatriciel de l'œsophage ne subit aucune amélioration par la dilatation systématique à l'aide de bougies, par le sondage sans fin après établissement d'une fistule de Witzel, par le traitement électrolytique, il est alors indiqué de tenter l'œsophagoplastie.

Dans le cas de S., il s'agissait d'un rétrécissement cicatriciel chez une jeune femme de 24 ans traitée sans succès depuis 2 ans, et chez laquelle on fit une œsophagoplastie aux dépens du gros intestin; gastrostomie antérieure, type Witzel.

Première intervention le 30 Mai 1927. Laparotomie pararectale; résection des cæcum, côlon ascendant et moitié droite du transverse, en faisant très attention à la conservation des arcades vasculaires; fermeture en bourse du segment proximal du gros intestin, anastomose latéro-latérale entre l'iléon terminal et le côlon transverse, au niveau de sa moitié gauche; implantation du gros intestin mobilisé dans l'estomac et transposition du gros intestin sous la peau du thorax, cæcum en haut, après résection de l'appendice xiphoïde. Le 4e jour, le cæcum est ouvert, et par la bouche cæcale la malade reçoit une alimentation lactée.

Deuxième intervention, le 21 Juin 1927. Découverte de l'œsophage cervical sous anesthésie locale; fermeture du bout distal en bourse et fixation de ce bout à la partie médiane de la plaie. Cette précaution ne fut pas inutile puisqu'une fistule fit son apparition quelques jours après et mit 6 semaines avant de guérir. Le bout proximal de l'œsophage est fixé à la partie latérale de la plaie à 6 cm. au-dessus de l'ouverture cæcale.

Troisième intervention, le 12 Octobre 1927. Formation, sous anesthésie locale, d'un tunnel cutané réunissant l'œsophage au cæcum, le tout étant recouvert par un large lambeau pédiculé emprunté dans la région du sein gauche. Le 3e jour il se forme une petite fistule au niveau du point de réunion inférieur, mais elle se ferme spontanément quelques jours après et, au 8e jour, la malade peut être alimentée directement par la bouche.

Pendant 3 mois le résultat est très satisfaisant, puis apparaît un rétrécissement et la malade doit à nouveau être alimentée par la bouche de gastrostomie. L'examen radioscopique montre que cette sténose siège au point de réunion du tunnel cutané et de l'œsophage.

Quatrième intervention, le 1er Mars 1928. Extirpation de cette sténose sous anesthésie locale et nouvelle anastomose. Guérison complète: l'alimentation normale est reprise 14 jours après et ce n'est que le 30 Décembre 1928 que l'on ferme la bouche de gastrostomie. Le résultat date de 1 an 1/2 et la malade a engraissé de 24 kilogr. J. Sénèque.

Schwarz. ***Sur l'ulcère peptique post-opératoire*** (*Bruns' Beiträge zur klinischen Chirurgie*, t. CXLVII, n° 1, 1929). — S. publie la statistique du service de Schloffer qui comprend 397 gastro-entérostomies et 240 résections exécutées entre 1912 et 1923.

28 cas d'ulcère peptique ont été observés après la gastro-entérostomie: 25 fois chez des hommes et 3 fois seulement chez des femmes. Sur ces 28 cas il s'agissait 25 fois d'ulcères du duodénum.

En ce qui concerne l'âge, le malade le plus jeune avait 19 ans et le plus âgé 61 ans; 40 cas ont été observés entre 40 et 50 ans. Dans 26 cas on avait établi une gastro-entérostomie postérieure transmésocolique; dans 1 cas on avait dû placer une bouche antérieure avec anastomose de Braun complémentaire; dans un autre cas on avait dû faire après gastro-entérostomie postérieure et exclusion du pylore une gastro-entérostomie antérieure avec anastomose de Braun. Dans 8 cas la gastro-entérostomie a été complétée par l'exclusion du pylore et dans le pourcentage de l'ulcère peptique post-opératoire, il ne semble pas que cette exclusion ait eu un rôle néfaste, contrairement à ce qui est signalé dans presque toutes les autres statistiques.

En ce qui concerne les résections 6 ulcères peptiques ont été observés: 5 fois après le procédé de Billroth I et une fois après le procédé de Billroth II. Le plus grand pourcentage après les gastrectomies de type Billroth I, provient de ce que la gastrectomie n'est pas assez étendue avec ce procédé; S. fait cependant remarquer que, même après des gastrectomies étendues, on peut voir se développer des ulcères au niveau du cardia. Si l'acidité n'est pas tout dans le développement des ulcères, elle joue néanmoins un rôle important.

Le siège de la bouche n'intervient pas, comme certains auteurs l'ont prétendu, puisque, dans les gastrectomies, c'est le procédé de Billroth II qui donne les meilleurs résultats, alors que dans les gastro-entérostomies on note un nombre assez élevé d'ulcères peptiques.

L'utilisation ou non de clamps est sans grande importance, puisque les opérateurs qui n'en emploient pas relèvent néanmoins dans leur statistique des ulcères peptiques.

Par contre S. considère que l'utilisation de matériel non résorbable, de soies en particulier, joue un rôle très important dans l'apparition des ulcères peptiques post-opératoires.

Cependant aucune de ces théories n'est capable de tout expliquer: il faut encore tenir compte de l'infection, des troubles nerveux, des thromboses et embolies et enfin de la prédisposition de certains malades à faire des ulcères.

S. termine en considérant que la résection est encore le meilleur traitement de l'ulcère peptique, et que, dans les cas inopérables, on aura toujours avantage à recourir à la résection palliative de l'antre. J. Sénèque.

Lieblein. ***Les mucocèles de l'appendice et les pseudomyxomes para-appendiculaires*** (*Bruns' Beiträge zur klinischen Chirurgie*, tome CXLVII, n° 2, 1929). — La mucocèle est une formation kystique à parois muqueuses, développée aux dépens de l'appendice. Ce kyste est dû à une oblitération complète de la lumière appendiculaire (en général du côté cæcal) suivie d'une dilatation. La sténose est généralement consécutive à un processus inflammatoire appendiculaire principalement; exceptionnellement, cette lésion peut survenir après une dysenterie, une échinococcose, un néoplasme. Ces tumeurs ont été étudiées par Virchow et Rokitansky; elles ne sont pas rares: en 1909, Elbe en a relevé 150 observations. Elles sont en général petites; quand elles sont volumineuses, elles sont alors plus intéressantes par suite de la difficulté de leur diagnostic et de leurs complications possibles.

La mucocèle peut faire corps avec le cæcum et l'appendice, formant alors un kyste intermédiaire; parfois, au contraire, elle perd toute connexion avec le cæcum, réalisant une véritable amputation spontanée de l'appendice. De telles formations peuvent se produire dans la région aux dépens de diverticules cæcaux; dans ce cas, la tumeur coexiste avec un appendice normal. Ces mucocèles peuvent s'infecter ou se rompre et donner naissance à des pseudomyxomes.

Les pseudo-myxomes para-appendiculaires, décrits par Fraenkel en 1901, surviennent après un processus inflammatoire de la région: appendicite, abcès appendiculaire opérés. Il se produit des masses gélatiniformes qui peuvent prendre un volume considérable; parfois, il n'y a pas de tumeur, mais une fistule persistante, avec écoulement de substance gélatineuse; à l'intervention, on trouve une poche kystique et, après curettage et appendicectomie, la guérison est obtenue.

Le pseudo-myxome peut se former sous le péritoine pariétal postérieur; il résulte d'une mucocèle rompue, ou d'une appendicite après laquelle le moignon rétro-cæcal donne naissance aux formations muqueuses.

Ces pseudo-myxomes se développent aux dépens de fragments de muqueuse intestinale isolés, par une rupture de mucocèle après appendicectomie, ou encore après incision d'un abcès appendiculaire. On retrouve dans la substance gélatineuse les cellules hyperplasiées cylindriques et vacuolées dont la substance est constituée par de la paramucine. L'auteur a relevé 53 observations de pseudo-myxomes parmi lesquels 35 ont été opérés, avec 9 morts. Dans 2 cas, il a été observé la coexistence avec un kyste mucoïde de l'ovaire. J. Sénèque.

Reschke. ***Traitement de la contracture ischémique de l'avant-bras*** (*Bruns' Beiträge zur klinischen Chirurgie*, tome CXLVII, n° 2, 1929). — Il faut différencier, dans le syndrome de Volkmann, les cas légers, qui sont susceptibles d'être traités par les méthodes conservatrices, — méthode de Mommsen en particulier, — et les cas graves pour lesquels le traitement sanglant peut seul donner un résultat favorable. Dans ces derniers cas, en effet, les lésions sont au maximum, frappant non seulement les muscles, mais encore les nerfs qui sont englobés dans une

gangue fibreuse et parfois même dans un cal osseux. L'étude des réactions électriques sera parfois insuffisante pour faire apprécier l'étendue des troubles nerveux.

Envisageant le meilleur procédé à employer, l'auteur repousse la méthode de Klapp, qui consiste en une résection plus ou moins étendue du carpe, car elle est insuffisante ou excessive.

La résection limitée des deux os de l'avant-bras — ou méthode de Henle — présente comme inconvénient des retards de consolidation, qu'il n'est pas rare d'observer: dans un cas cité par Ulna, la consolidation n'était pas encore acquise au bout de deux ans.

Le débridement systématique des nerfs avec transposition sous-cutanée, ou méthode d'Hildebrand, est excellent, mais il faut lui adjoindre une intervention sur les muscles pour permettre l'allongement des doigts. L'auteur préconise le procédé tendineux par *ténotomie latérale*. Il apporte 2 observations personnelles, très résumées, de contracture ischémique grave, survenue chez des enfants, et il a obtenu de la sorte de très bons résultats. Après incision, sur le bord cubital de l'interligne radioearpien, il isole les tendons fléchisseurs superficiels et profonds, qu'il entaille latéralement, en remontant très haut jusqu'au niveau du corps charnu musculaire, le malade peut alors étendre complètement les doigts. Dans les deux eas, il a transplanté les nerfs médian et eubital sous la peau de l'avant-bras (dans un eas, le médian était englobé dans un eal osseux de l'extrémité inférieure de l'humérus), puis mobilisation rapide, balnéation et massage.

Dans les deux cas, le résultat fonctionnel a été excellent au bout de six mois de mobilisation. Dans les deux eas, la récupération a débuté par l'adduction du pouce, puis par son opposition; ensuite est apparue la flexion des premières phalanges, puis eelle des dernières; la flexion de la dernière phalange de l'index a été la plus tardive à se manifester.

J. Sénèque.

Rahm. ***Opération ou irradiation dans la maladie de Basedow?*** (*Bruns' Beiträge zur klinischen Chirurgie*, tôme CXLVII, n° 2, 1929). — Il s'agit d'un très intéressant mémoire, daus lequel R. ne se contente pas d'apporter une statistique, mais en discute les chiffres et les résultats d'une manière très critique,

Il est difficile, à l'heure aetuelle, pour quelqu'un qui ne s'oceupe pas tout partieulièrement de eette question, de savoir quel est le meilleur mode de traitement de la maladie de Basedow: chirurgiens, médecins, radiothérapeutes considèrent que la thérapeutique qu'ils emploient est la meilleure et il est bien malaisé de découvrir la vérité au milieu des nombreuses statistiques publiées. On peut difficilement leur aecorder une valeur quand elles n'ont pas pour méthode de base les renseignements fournis par le métabolisme basal. Dans des statistiques portant sur des milliers de eas, comment admettre qu'elles ne comprennent pas un certain nombre de cas de goitre avec légère réaction toxique? D'autre part, quand le point de comparaison ne porte pas sur l'etude du métabolisme basal, les radiothérapeutes déclarent que leur statistique est alourdie dans ses succès, car ils n'ont à traiter que les cas pour lesquels l'intervention chirurgicale a été jugée comme trop périlleuse et, inversement, les chirurgiens déelarent leur statistique grevée par les échecs des traitements médicaux et radiothérapiques, pour lesquels ils devront ensuite intervenir quand les premières méthodes n'auront donné aucun résultat.

Il faut cependant noter que, dans toutes les récentes statistiques chirurgicales, le poureentage de mortalité va eu diminuant et cela tient à deux causes: l'étude du métabolisme basal et le traitement iodé préopératoire.

De 1923 à 1929, R. a eu l'oecasion d'opérer 81 cas de Basedow. Il s'est toujours agi de cas graves et pour lesquels le métabolisme basal atteignait 68,4 pour 100; une malade seulement avait un métabolisme au-dessous de 50 pour 100; daus le cas le plus élevé il atteignait 91 pour 100.

Sur ces 81 malades opérées, 12 sont mortes, ce qui donne un pourcentage de 15 pour 100. 8 malades avaient été irradiées auparavant sans aucun résultat: 7 avec les rayons, 1 avec du radium. Sur ces 8 malades irradiées et ensuite opérées, une doit indiscutablement la vie au traitement iodé préopératoire de Plummer. Sur les 7 autres malades, 4 sont mortes dans les conditions suivantes: une mort par hémorragie post-opératoire qui aurait dû être évitée; un cas dans lequel la méthode de Plummer aggravait l'état au lieu de l'améliorer et l'interventiou eut lieu à un stade désastreux; dans le 3e cas, la malade, après avoir subi des séances d'irradiation, fut soumise au traitement iodé et ici encore, après une amélioration passagère, il y eut ensuite aggravation des symptômes; le 4e cas est encore plus démonstratif: irradiation pendant 6 mois et, malgré ce traitement, le métabolisme s'élève de 65 à 91 pour 100, par le traitement iodé on arrive à l'abaisser à 44 pour 100, intervention et mort. R. considère que l'on aurait dû, dans ce dernier cas, attendre d'avoir un métabolisme aux environs de 30 pour 100 pour opérer.

Parmi les autres déeès post-opératoires, 3 malades seulement n'avaient pas été irradiées: il s'agissait dans ces 3 cas de Basedow très graves opérés en 1925, alors que l'on n'appliquait pas encore la reeherehe préopératoire du métabolisme basal.

Contrairement à ce que l'on peut croire, le traitement radiothérapique n'est pas sans danger: R. eonnaît au moins une douzaine de cas mortels par réaction hypertoxique à la suite de ce traitement. Sebaldemose et Fenger donnent dans leur statistique: 137 malades opérés, avec 5,1 pour 100 de mortalité; 406 malades traités par les rayons ou la thérapeutique interne, avec 39,4 pour 100 de mortalité par le traitement interne et 15,6 pour 100 après les rayons. R., dans sa statistique de cas traités par les rayons, a une mortalité de 14,3 pour 100, done identique à ses résultats opératoires. Les inconvénients des rayons sont: les adhérences, les paralysies récurrentielles, l'hémorragie, le myxœdème.

L'intervention doit consister, bien entendu, en une double résection subtotale. Après eette opération, les récidives sont très rares; s'il persiste une exophtalmie gênante, on pourra alors avoir recours aux opérations sur le sympathique. R. n'a eu que 2 récidives: dans un cas, on n'avait fait qu'une résection unilatérale; dans l'autre cas, le malade se déclarait très bien, mais le métabolisme basal s'est élevé de 26 pour 100.

R. étudie ensuite ses 21 cas traités par les rayons en insistant sur les conditions dans lesquelles les éehees se sont produits. Son opinion est que les rayons doivent être essayés dans les cas réeents, aigus et à l'âge de la puberté. Si, au bout de 6 à 8 semaines, il n'y a eu aucune amélioration, il faut alors intervenir quand il reste encore quelques ehances de guérison.

La médication iodée seule ne mérite d'être maintenue que dans les hyperthyroïdies de la puberté, sinon son action doit toujours être complétée par celle du bistouri.

En ce qui concerne l'irradiation préopératoire du thymus, R. déelare n'avoir aucune expérience de cette thérapeutique.

Il ne faut pas non plus oublier qu'un certain nombre de Basedow évoluent spontanément vers la guérison, et, sur l'ensemble des cas, on peut considérer que le chiffre des guérisons est d'environ 50 pour 100. Dans les formes légères, quand le métabolisme basal est aux environs de 20 à 30 pour 100, l'opération n'est qu'exceptionnellement indiquée.

R. termine son article en espérant que, grâce à l'étude préopératoire du métabolisme basal et au traitement iodé préopératoire de Plummer, le nombre des morts après l'intervention chirurgicale ira encore en diminuant et se rapprochera de eelui donné dans les réeentes statistiques américaines.

J. Sénèque.

Brandes. ***Résultats du traitement de la tuberculose épididymaire par l'intervention chirurgicale et par les rayons*** (*Bruns' Beiträge zur klinischen Chirurgie*, tome CXLVII, n° 3, 1929). — B. publie les résultats de la clinique de Stich portant sur 60 observations.

La plus grande partie de ces cas ont été observés entre 20 et 40 ans (62 pour 100).

Dans 24 cas la lésion paraissait localisée à l'épididyme, dans 14 cas il y avait propagation de la lésion au niveau du testicule, et dans 9 cas le cordon était atteint. La tuberculose de la prostate a été observée dans 7 cas et celle des vésicules séminales dans 5. Dans 2 cas l'examen anatomo-pathologique n'a montré aucune lésion tuberculeuse. Dans 16 cas d'autres localisations tuberculeuses venaient compliquer la localisation génitale.

Comme il est d'usage en Allemagne, c'est essentiellement à la castration que l'on a eu recours, puisque sur les 60 cas, la castration a été pratiquée 44 fois, l'épididymectomie 3 fois seulement, la castration d'emblée 1 fois, et le traitement par les rayons seuls 12 fois.

Les résultats de la *castration unilatérale* ont été les suivants:

Sur 44 eas, 25 malades ont été guéris par eette seule méthode; 2 malades ont dû être ensuite irradiés; dans 4 cas la plaie s'est fistulisée et a dû être irradiée; dans 13 eas il y a eu récidive du côté opposé; sur ces 13 cas, 7 ont été ensuite irradiés, 1 malade a dû subir la castration du côté opposé, 5 malades ont été traités par l'épididymectomie du côté opposé; à la suite de ce traitement, un malade est resté guéri, un autre a dû être irradié localement, dans 3 cas une fistule s'est produite, un malade enfin a présenté une autre localisation tuberculeuse.

L'*épididymectomie* a été effectuée 3 fois avec les résultats suivants: une guérison, une mort par suite d'une tuberculose sacro-iliaque, un résultat inconnu.

La *castration d'emblée* a été pratiquée une fois seulement chez un enfant de 3 ans; 7 ans après, il était toujours guéri.

Dans un autre cas, après une castration exécutée chez un malade âgé de 13 ans, survint, 16 ans après, une épididymite du côté opposé, pour laquelle on fit la castration. Cette opération fut suivie de l'implantation sous la peau de la paroi abdominale de deux moitiés de testieule humain; 10 jours après cette opération le malade avait des érections; revu 7 ans après, la puissance s'est maintenue.

Le *traitement par les rayons seuls* a été pratiqué 8 fois pour des lésions unilatérales. avee 7 guérisons; un malade est encore en cours de traitement. Ces résultats datent de 18 mois. Dans 4 cas les lésions étaient bilatérales; 2 malades sont guéris depuis 7 ans; un malade est encore en cours de traitement, un malade est mort de pneumonie compliquée d'un abcès de l'amygdale. On peut donc dire que d'une manière générale, le traitement par les rayons donne de bons résultats.

J. Sénèque.

Schæfer. ***Gastrite phlegmoneuse avec lymphangite sous-séreuse suppurée*** (*Bruns' Beiträge zur klinischen Chirurgie*, tome CLXVII, n° 3, 1929). — S., à propos d'une observation personnelle de gastrite phlegmoneuse, rappelle que cette lésion est essentiellement une lymphangite aiguë diffuse.

Ce fait explique sa localisation principale dans la sous-muqueuse dont le réseau lymphatique est riche et diffus. Cette gastrite sous-muqueuse est rapidement suppurée. Elle siège tout d'abord dans la région pylorique, puis s'étend rapidement vers le corps de l'estomac, rarement au contraire vers le duodénum; les autres tuniques ne sont prises que secondairement. L'extension de cette lésion suit exactement le trajet des lymphatiques tel qu'il a été décrit par Cunéo, et cette extension est identique à celle des néoplasmes gastriques. Comme dans le cancer, on peut observer des gastrites phlegmoneuses dans lesquelles une muqueuse d'aspect parfaitement sain recouvre une séreuse déjà infiltrée.

L'infection des lymphatiques sous-séreux a été signalée 2 fois sur 215 cas dans la statistique de Sundberg. Elle est donc rare, mais, quand elle apparaît, la rapidité de diffusion est alors très

grande et parfois d'emblée purulente. Le même processus est exceptionnellement réalisé dans l'extension du cancer pylorique.

L'observation de S. est la suivante :

Un homme de 62 ans accuse depuis quatre ans des douleurs gastriques, principalement après les repas ; sensation de pesanteur mais sans vomissements; quatre jours avant son entrée à l'hôpital, il a présenté un état général grippal avec d'assez violentes douleurs abdominales. La température est à 38°; le pouls à 120; les amygdales sont rouges. L'abdomen est tendu et douloureux, principalement à gauche, et on porte le diagnostic de perforation d'un ulcère de l'estomac Intervention immédiate : après ouverture de la cavité péritonéale, il s'écoule une assez grande quantité de liquide purulent; le lobe gauche du foie est recouvert de fausses membranes fibrineuses; tout l'estomac, sur sa face antérieure, est rouge, enflammé et œdémateux; à la partie supérieure de la petite courbure il existe sur les deux versants une zone d'épaississement sur 5 cm. environ. Tamponnement. Mort 8 heures après.

L'autopsie a montré l'existence d'une péritonite généralisée; l'épaississement de la petite courbure n'est plus visible extérieurement, mais, à la section, on voit une tumeur molle et de coloration rosée; la muqueuse de l'estomac montre des lésions de gastrite chronique.

L'examen microscopique permet de constater que le maximum des lésions siège an niveau de la sous-muqueuse et il existe même en ce point des parties nécrosées; la musculaire est infiltrée par des amas leucocytaires et les lymphatiques sous-séreux sont distendus par le pus. La tumeur présente les caractères d'un cancer alvéolaire.

J. Sénèque.

ACTA PSYCHIATRICA ET NEUROLOGICA
(Copenhague)

Viggo Christiansen (Copenhague). ***Valeur de l'examen par les rayons X pour le diagnostic des tumeurs situées à la base du cerveau*** (*Acta Psychiatrica et Neurologica*, fasc. 4, 1929). — C., qui s'est particulièrement attaché à l'étude des tumeurs de la base du cerveau, discute, dans ce beau mémoire richement illustré, la valeur des renseignements fournis par les radiographies du crâne en regard des examens neuro-ophtalmologiques. Il souligne la prééminence de ces derniers dans l'établissement d'un diagnostic. C'est qu'en effet la question des aspects radiographiques de la selle turcique normale est loin d'être résolue. Plus particulièrement, les altérations des os basilaires produites pendant l'enfance (à cet âge où le méningisme et certaines poussées d'hypertension intracranienne passagères sont si fréquentes) exigeraient une étude plus approfondie.

C. fait ressortir qu'il existe des tumeurs de la base avec radiographies craniennes normales. De plus, des altérations osseuses peuvent, en dehors de toute tumeur, résulter d'une augmentation de la tension intracranienne. L'expérience de l'auteur lui permet de conclure que les tumeurs sus-tentorielles produisent plus fréquemment des altérations osseuses que les tumeurs de la fosse postérieure. Enfin, à côté des cas où une tumeur basale ne donne que des altérations osseuses très légères, il est des hydropisies du 3e ventricule qui s'accompagnent de phénomènes destructifs graves.

Les rayons X ne donnent que rarement, par ailleurs, des renseignements sur la grosseur ou l'étendue de la tumeur. C. rapporte de plus 2 observations où l'autopsie ne permit pas de retrouver les altérations de la selle que la radiographie avait montrées Il est vraisemblable d'admettre que, dans ces cas, la structure intime de l'os était altérée, la configuration externe étant respectée.

Toutes ces imperfections, tous ces paradoxes des examens radiologiques méritaient d'être connus pour laisser, dans certains cas, aux disciplines cliniques leur suprématie dans l'établissement d'un diagnostic.

Raymond Garcin.

ANNALI DI OSTETRICIA E GINECOLOGIA
(Milan)

P. Natale (Milan). ***Le sulfate de magnésie dans le traitement de l'éclampsie puerpérale*** (*Annali di Ostetricia e Ginecologia*, tome LII, n° 1, Janvier 1930). — N. rappelle d'abord les différents procédés de traitement médicamenteux de l'éclampsie et leurs dangers.

Le sulfate de magnésie, par voie parentérale, qu'il a appliqué au traitement de 26 malades, a une action anesthésiante sur le système nerveux central mise en évidence par Curci en 1886. En 1905, Meltzer et Auer l'administrèrent chez des éclamptiques; depuis, les essais se sont multipliés. L'action de ce sel tient à son influence inhibitrice sur le système nerveux central; il agit aussi sur le cœur (ralentissement du rythme, allongement de la diastole, abaissement de l'excitabilité électrique) et sur les vaisseaux (abaissement de la pression artérielle).

Les 26 cas d'éclampsie traités se répartissent ainsi : 9 au cours de la grossesse, 8 au cours du travail, 9 au cours de l'accouchement.

La voie d'administration de choix paraît être l'intraveineuse pour les cas pressants, l'intramusculaire quand la situation n'est pas immédiatement grave; La voie intrarachidienne est périlleuse et peu pratique; la voie sous-cutanée ne permet qu'une action trop lente.

Le taux choisi pour la solution a été 10 pour 100 pour les injections intraveineuses, et 25 pour 100 pour les intramusculaires. En principe, les malades ont reçu 3 injections, avec 2 heures d'intervalle entre elles.

Il y a eu 3 décès maternels, dus à des tâtonnements dans l'application de la méthode ou à ce que le traitement fut entrepris trop tard. 5 enfants moururent, mais 1 un était un prématuré, et les 4 autres étaient morts avant l'entrée à l'hôpital.

N. a constaté, dès la 1re injection, la diminution ou la cessation des convulsions, l'abaissement de la tension, la réduction des œdèmes, la disparition du coma. Il montre combien rares ou discutables sont les accidents signalés par d'autres auteurs (paralysie du centre respiratoire, troubles rénaux, troubles moteurs de la vessie ou des membres inférieurs); pour sa part, sur 63 injections, il a noté 2 fois des vomissements et 2 fois une sensation de chaleur accusée par la patiente; il n'a constaté ni ralentissement du travail, ni augmentation des altérations parenchymateuses des organes internes.

N. conclut que cette méthode doit rendre de grands services dans le traitement symptomatique de l'éclampsie.

André Guibal.

BULLETIN
de la
SOCIÉTÉ INTERNATIONALE
DE MICROBIOLOGIE
[Section italienne]
(Milan)

G. M. Antonioli. ***La bactériémie après le cathétérisme des voies urinaires*** (*Bulletin de la Société internationale de Microbiologie*) [*section italienne*], tome 11, fasc. 2, Février 1930). — A. a étudié le comportement bactériologique du sang après des manipulations sur l'urètre, sur la vessie et sur l'uretère de l'homme et de la femme sains (cathétérisme de l'urètre, cystoscopie, cathétérisme de l'uretère et pyelographie). Cela dans le but de rechercher isolément l action du traumatisme sur des muqueuses saines dans la production d'une éventuelle bactériémie transitoire.

Les cas examinés sont au nombre de 26.

Les hémocultures furent toujours pratiquées avant et après les diverses interventions : avant elles se sont toujours montrées négatives; après elles ont donné 2 résultats positifs, représentés respectivement par un staphylocoque blanc en culture pure et par un microcoque en culture pure.

Si maintenant on compare la fréquente complication de fièvre (fièvre dite du cathétérisme), après ces manipulations urologiques, et la rareté de la constatation d'une bactériémie transitoire, on doit en conclure que chez les individus *à voies urinaires saines*, cette fièvre n'est pas liée, dans la plupart des cas, à une invasion microbienne du sang par des bactéries provenant de la surface des muqueuses urinaires, mais qu'elle doit être attribuée à d'autres facteurs.

Dans la seconde partie de ses recherches expérimentales, A. a provoqué des lésions traumatiques par cathétérisme, très graves, de la muqueuse de l'urètre et du fond vésical chez le cobaye. Or il n'a jamais observé, après ces cathétérismes, des élévations de température du corps de l'animal comparables avec la fièvre dite du cathétérisme de l'homme. De même, les hémocultures post-opératoires du sang prélevé directement dans la cavité cardiaque du cobaye ont donné des résultats toujours négatifs.

J. Dumont.

MONOGRAPHIÆ
ACTORUM DERMATOLOGICORUM
(Kyoto)

Kobayashi. ***La lèpre viscérale*** (*Monographiæ Actorum dermatologicorum*, n° 4, Octobre 1929). — Dans cette étude, basée sur 60 autopsies de lépreux, K. passe en revue les lésions des différents viscères dans la lèpre.

Foie. — La surface du foie est lisse, rarement granuleuse; pas de nodosités lépreuses. La coloration est ordinairement brunâtre. Les cellules hépatiques sont le plus souvent troubles et gonflées; il y a presque toujours de la dégénérescence graisseuse. On trouve habituellement des bacilles lépreux entre les cellules, parfois même dans les cellules hépatiques.

Rate. — La surface est ordinairement lisse; parfois on note des granulations variant d'un grain de mil à un pois, qui paraissent relever plus de la tuberculose que de la lèpre. Il existe parfois des altérations de la pulpe splénique et des follicules avec infiltration cellulaire Les bacilles sont rares dans la lèpre nerveuse et maculeuse, ils sont habituels dans la lèpre tuberculeuse.

Reins. — Les lésions inflammatoires siègent surtout dans la couche corticale, plus rarement dans la couche médullaire; quelques bacilles lépreux ont été trouvés dans les glomérules.

Capsules surrénales. — Aspect normal. L'épithélium cortical est trouble et gonflé. Dans le tissu interstitiel, on note quelquefois une infiltration cellulaire et quelques bacilles, surtout dans la lèpre tuberculeuse.

Pancréas. — Peu modifié; quelques rares bacilles lépreux dans le tissu interstitiel et les cellules glandulaires.

Poumons. — Epaississement pleural qui paraît de nature tuberculeuse et non lépreuse. Les poumons montrent surtout des lésions tuberculeuses et des bacilles de Koch. Les bacilles de Hansen sont absents dans la lèpre nerveuse et maculeuse, très rares dans la lèpre tuberculeuse.

Testicules. — Forme et coloration normales. Altérations histologiques constantes des canaux séminifères; épithélium trouble, gonflé ou hyalin. Nombreux bacilles lépreux, surtout dans le tissu interstitiel.

Epididyme. — Augmenté de volume; lésions inflammatoires constantes; nombreux bacilles lépreux.

Ovaires. — Aspect normal; surface lisse; lésions inflammatoires habituelles; quelques bacilles lépreux.

Vésicules séminales. — Epithélium trouble et tuméfié; quelques bacilles lépreux.

Ganglions lymphatiques. — Augmentés de volume et altérés surtout chez les lépreux tuberculeux. On peut trouver des bacilles de Hansen dans les follicules, surtout dans la lèpre tuberculeuse; on les

observe habituellement dans les ganglions inguinaux, cruraux, cubitaux, cervicaux et axillaires, très rarement dans les ganglions bronchiques, mésentériques et rétropéritonéaux.

Nerf cubital. — Epaissi surtout dans la lèpre nerveuse; altérations marquées de la moelle et des faisceaux nerveux; bacilles surtout visibles dans la gaine de Schwann et dans la moelle.

Intestin. — Aucune lésion lépreuse; les nodosités et les ulcérations du jéjunum et du cæcum sont de nature tuberculeuse.

Les lépreux contractent facilement la tuberculose; la virulence du bacille de Koch n'est nullement atténuée dans le tissu lépreux. R. Burnier.

ARCHIVES OF NEUROLOGY and PSYCHIATRY

(Chicago)

Elsberg. ***Tumeurs de la moelle spinale*** (*Archives of Neurology and Psychiatry*, tome XXII, nº 5, Novembre 1929). — Dans cet article E. émet quelques réflexions d'actualité médico-chirurgicale sur les tumeurs médullaires. Un examen clinique minutieux est toujours indispensable. Les tumeurs de la moelle cervicale supérieure peuvent s'accompagner de symptômes inhabituels du côté des nerfs craniens. Les maux de tête ne sont pas rares; le nystagmus, l'anisocorie et l'anesthésie cornéenne sont à signaler, de même qu'une sensation de froid sur un ou plusieurs membres. En outre une dissociation sensitive avec conservation de la sensibilité tactile et anesthésie thermique et douloureuse a été observée par E. dans les tumeurs haut situées. Une discordance entre le niveau supérieur des troubles sensitifs et le siège de la compression peut exister. On voit parfois une variation dans la limite supérieure de l'anesthésie, et celle-ci s'élever progressivement au cours de l'évolution de l'affection. L'examen avant et après la rachicentèse peut donner des résultats différents, et cette dernière peut préciser la limite supérieure des troubles de la sensibilité. L'examen du contenu en protéines du liquide céphalo-rachidien est d'une grande importance. Dans 80 pour 100 des cas d'E. le taux des protéines variait entre 1 gr. 50 et 4 gr. 50. Sur 200 cas, il fut une fois seulement normal. L'augmentation des globulines sans augmentation globale des protéines est plutôt en faveur d'une affection spinale, syphilis ou autre. E. attache une grande valeur à la recherche de l'épreuve manométrique lombaire. L'épreuve lipiodolée ne lui paraît indiquée que quand tous les autres moyens d'investigation sont en défaut, en raison de son action irritante. E. insiste ensuite sur l'avantage qu'il y a à inciser la dure-mère sans blesser l'arachnoïde; sur les diverses variétés d'arachnoïdite primitives ou secondaires; sur les rapports des tumeurs extra-médullaires et intradurales avec l'arachnoïde; sur divers points de technique opératoire dans l'ablation des tumeurs médullaires, dont le principal est de respecter soigneusement la moelle souvent altérée au siège de la compression. H. Schaeffer.

Selling. ***Le rôle de l'infection dans l'étiologie des tics*** (*Archives of Neurology and Psychiatry*, tome XXII, nº 6, Décembre 1929). — Les travaux de Charcot, de Brissaud, de Meige et Feindel avaient attribué aux tics une origine purement psychogène, opinion soutenue plus récemment par Wilder et Silbermann.

S. pense que des faits multiples permettent de penser qu'ils reconnaissent, au contraire, fréquemment une origine organique. Il montre, en particulier, les rapports des tics et de la chorée: ressemblance de certains tics avec certains mouvements choréiques, persistance de tics typiques à la suite de chorée.

De même, les rapports des tics et du torticolis sont évidents. Surtout, l'encéphalite léthargique a réalisé tous les types d'hyperkinésies, de myoclonies, de torsions, de tremblements et de tics.

S. rapporte 3 observations de tics typiques, dont 2 duraient depuis quelques années, 1 depuis quelques mois. Dans les 3 cas, il existait une infection focale: de l'antre chez 2 malades; de l'antre, des amygdales et des sinus ethmoïdaux et sphénoïdaux chez le troisième. La suppression de ces foyers d'infection entraîna une amélioration frappante et définitive des tics. Quelques mouvements anormaux persistèrent cependant. Le fait n'est pas surprenant si ces infections focales avaient entraîné des lésions d'encéphalite toxique.

En dehors des facteurs individuels, de la constitution nerveuse des sujets, on peut donc penser que les tics sont une maladie infectieuse comme la chorée, et que le point de départ le plus habituel de l'infection est représenté par les sinus et, en particulier, l'antre.

S. ne nie pas que les tics ne puissent, dans certains cas, reconnaître une origine psychogène, une encéphalite épidémique, une chorée, une hémorragie cérébrale; mais il pense que la cause de beaucoup la plus fréquente est une encéphalite toxique relevant d'une infection focale extra-cérébrale.

H. Schaeffer.

Levin. ***Narcolepsie et autres variétés de somnolence morbide*** (*Archives of Neurology and Psychiatry*, tome XXII, nº 6, Décembre 1929). — Le syndrome de Gélineau est constitué par deux éléments: la somnolence morbide et un relâchement musculaire prédominant habituellement dans les jambes, survenant soudainement à l'occasion d'une émotion ordinairement gaie. L'association de la somnolence et de ces phénomènes de cataplexie, comme les a appelés Henneberg, constitue la narcolepsie.

L. a relevé 66 cas de syndrome de Gélineau dans la littérature, auxquels il ajoute 5 cas personnels. Ce syndrome est plus fréquent chez l'homme et se présente surtout entre 10 et 40 ans. Il est fréquemment associé à d'autres troubles dont les plus fréquents sont des troubles endocriniens, thyroïdiens ou hypophysaires surtout, l'encéphalite épidémique, exceptionnellement la sclérose multiple, des accidents comitiaux. Jamais la syphilis n'a été signalée. Le siège des lésions conditionnant ce syndrome est resté jusqu'ici inconnu.

Les cas de somnolence sans cataplexie sont communs, ceux de cataplexie sans somnolence sont très rares.

L. rapporte ensuite ses 5 cas personnels. L'un était remarquable par sa vagotonie, fait déjà noté par divers auteurs. Un autre se distinguait par son hypothyroïdisme marqué, et de petites doses d'extrait thyroïdien firent disparaître les crises de narcolepsie pendant 7 semaines. Un fait inhabituel dans un autre cas était l'existence d'amnésie.

H. Schaeffer.

Malamud et Wilson. ***Paralysie générale traitée par la malaria*** (*Archives of Neurology and Psychiatry*, tome XXII, nº 6, Décembre 1929). — Nous possédons trois procédés principaux pour apprécier les résultats apportés par la malariathérapie dans la paralysie générale: les résultats de l'examen clinique; les recherches provenant de l'examen des réactions humorales et de l'état du liquide céphalo-rachidien; l'étude histologique du système nerveux des sujets morts en cours de traitement.

M. et W., dans 54 cas de neurosyphilis traités par la malaria, ont montré par des examens répétés du sang et du liquide céphalo-rachidien qu'il existe un rapport entre l'index de perméabilité pour les bromides et l'évolution clinique. Dans tous les cas non traités, l'index de perméabilité pour les bromides est augmenté et supérieur à 2,80. Dans les cas traités, aussitôt après la défervescence thermique, il peut, suivant les cas, exister ou ne pas exister une augmentation de l'index de perméabilité. Ultérieurement, on observe une chute de cet index dans les cas qui s'améliorent, chute qui ne se produit pas dans les cas qui restent stationnaires ou dans ceux qui s'aggravent, où l'on peut même observer son ascension. Ainsi donc, l'index de perméabilité pour les bromides a une véritable valeur pronostique.

De plus, il existe un rapport entre cet index et le contenu en fer de la paroi des vaisseaux sanguins du cerveau et de la microglie. Quand l'index est bas, le taux du fer dans les parois vasculaires est élevé, et inversement. H. Schaeffer.

SPITALUL

(Bucarest)

V. Dimitriu (Bucarest). ***Procédés opératoires conservateurs dans les états éléphantiasiques vulvaires*** (*Spitalul*, tome L, nº 3, Mars 1930). — L'application des procédés de Lanz, Handley, Kondoléon, Walther dans l'éléphantiasis nostras semble impossible dans la région périnéo-vulvaire à cause de la conformation anatomique et surtout de la septicité de la région. Pour le drainage de la lymphe périnéale, D. propose l'introduction d'un faisceau musculaire dans un tunnel créé dans le périnée. L'opération peut être pratiquée suivant deux procédés:

1º Dans le 1er, on emploie un faisceau du grand fessier qu'on désinsère du grand trochanter et qu'on introduit dans un tunnel formé le long du périnée et commençant au niveau de l'angle interne de la plaie.

2º Dans le 2e procédé, on emploie un faisceau du grand adducteur de la cuisse qu'on introduit dans un tunnel jeté entre la vulve et le rectum.

D. a exécuté ces deux procédés chez le même malade avec une grande amélioration consécutive.

J. Dumont.

ACTA MEDICA SCANDINAVICA

(Stockholm)

V. Bülow-Hansen (Oslo). ***Le comportement des corps cétoniques dans le sang, l'urine et le liquide céphalo-rachidien et, en particulier, du point de vue du coma diabétique*** (*Acta medica Scandinavica*, t. LXXII, nºs 5-6, 30 Décembre 1929). — Frappé de l'absence ou de la médiocrité de l'acétonurie dans certains cas de coma diabétique, cas qui ont été décrits comme une forme spéciale de ce coma (coma dit par insuffisance cardiaque), B.-H. s'est demandé si de grandes quantités de corps cétoniques ne pouvaient pas exister dans le sang, alors que les réactions de Legal et de Gerhardt étaient négatives dans l'urine.

Il a donc dosé parallèlement l'acétone et l'acide β-oxybutyrique dans le sang et l'urine par la méthode de Van Slyke et Fitz et pratiqué les réactions très sensibles de Rothera et de Wishart pour déceler et évaluer approximativement l'acétone et l'acide diacétique dans l'urine et dans le sang, d'abord chez des sujets normaux ou atteints d'affections n'occasionnant pas de production d'acétone, où les valeurs sont comprises entre 0 et 0,01 pour 1.000 (filtration à chaud) et où les réactions de Wishart, de Legal et de Gerhardt se sont toujours montrées négatives, celle de Rothera étant faiblement positive. Si l'on soumet ces sujets normaux à un régime cétogène, on constate que les corps cétoniques sont très bien excrétés (faible cétonémie marchant de pair avec une réaction de Legal très accentuée et des chiffres élevés de corps cétoniques dans l'urine). Des sujets atteints de néphrites soumis au même régime excrètent ces corps plus ou moins mal.

Les mêmes déterminations faites chez des diabétiques conduisent aux résultats suivants: dans le diabète bénin, l'élimination des corps cétoniques par l'urine est satisfaisante tandis que dans le diabète associé à la néphrite chronique, dans le diabète de gravité moyenne et le diabète grave, et surtout dans le précoma et le coma diabétique, l'excrétion est très défectueuse. D'où la pathogénie du coma diabétique proposée par B.-H, selon laquelle celui-ci résulterait de ce que les reins éliminant mal les cétones, la cétonémie va toujours croissant; l'insuffisance rénale devient ainsi, en grande partie, la cause du coma diabétique en conduisant à la cétonémie. La venti-


TRAITEMENT DU
DIABÈTE
PAR
LES
CAPSULES GLUTINISÉES
DE
PANCRÉPATINE
LALEUF
LITTÉRATURE - ÉCHANTILLONS
LABORATOIRES LALEUF
20, Rue du Laos — PARIS (XIVe)

lation pulmonaire (respiration de Küssmaul du précoma) tend à éliminer l'acétone du sang et à compenser l'insuffisance rénale Mais si le rein et les poumons à la fois ne peuvent plus contenir dans des limites suffisantes la cétonémie, le coma diabétique apparaît. Les cas de coma à réaction de Legal et de Gerhardt négatives sont les plus graves, car ils indiquent une perte totale du pouvoir excréteur. Lorsque la faillite rénale commence, l'insuline est le seul moyen capable de faire disparaître la cétonémie: son rôle principal, tel qu'il résulte des analyses de B.-H., est de brûler les corps cétoniques, soulageant ainsi le travail du rein. Encore faut-il que celui-ci ne soit pas trop altéré.

B -H a essayé d'approfondir l'action toxique des corps cétoniques sur l'organisme, en particulier en ce qui concerne l'acétone. Celle ci agit de façon triple sur le sang en l'hémolysant, en en précipitan les albuminoïdes, enfin en paralysant ses peroxydases L'insuline supprime l'influence paralysante de l'acétone sur les peroxydases.

Accessoirement B.-H. a fait des recherches sur la présence des corps cétoniques dans le liquide céphalo-rachidien, et a constaté que, plus un diabétique se trouve voisin du coma, plus on trouve des valeurs élevées pour les corps cétoniques dans le liquide céphalo rachidien par rapport à celles du sang. D'autre part, les cétones de ce liquide semblent être moins influençables par l'insuline que celles du sang. P.-L. Marie.

L. Brahme. ***Contribution à l'étude pathogénique de la sciatique*** (*Acta medica Scandinavica*, t. LXXII, nos 5-6, 30 Décembre 1929). — Ce travail est fondé sur une série de 111 cas de sciatique, graves pour la plupart. Dans 49 de ces cas, les plus sérieux ou les plus rebelles, la ponction lombaire fut pratiquée. Dans 20 de ces 49 cas, soit 41 pour 100, il existait des altérations du liquide céphalo-rachidien, sous forme de pléocytose et d'hyperalbuminose. Toute infection syphilitique semblait devoir être mise hors de cause. Dans 7 cas ponctionnés avant et après un traitement bismuthique ou mercuriel, on constata que le liquide céphalo-rachidien avait repris sa composition normale, en même temps que les symptômes avaient disparu. Dans 4 cas la sciatique n'a rétrocédé qu'après une amygdalotomie; les amygdales enlevées présentaient des signes d'inflammation chronique sous forme d'obturation des cryptes par des bouchons de muco-pus. Dans 13 cas la réaction de sédimentation de Faehraeus donnait des valeurs élevées, ce qui semble montrer l'intervention probable d'un facteur infectieux dans la pathogénie de la sciatique, ce facteur devant être recherché du côté des amygdales.

Dans 2 cas on put constater que le seul repos au lit et les traitements de douceur (chaleur, radiations lumineuses, médication salicylée) n'ont en général aucune influence sur les symptômes d'irritation méningée non plus que sur les manifestations douloureuses; par contre, tous ces symptômes disparurent rapidement après un traitement par le bismuth.

En somme, les recherches de B. montrent que, tout au moins dans les sciatiques graves, il faut compter parfois avec la possibilité d'un état méningé comme cause de la sciatique. En pareil cas le succès du traitement dépend grandement de la nature souvent difficile à découvrir de cet état méningé. Il semble qu'on puisse incriminer tantôt un facteur infectieux, tantôt un facteur inflammatoire.

La thérapeutique résolutive paraît donner dans ce cas d'heureux résultats du point de vue subjectif et objectif (retour de l'état du liquide à la normale).

P.-L. Marie.

A. Borgbjaerg et M. C. Lottrup (Copenhague). ***Recherches sur le sang dans l'achylie, particulièrement du point de vue de l'anémie pernicieuse*** (*Acta medica Scandinavica*, tome LXXII, nos 5-6, 30 Décembre 1929). — La question de l'anémie au cours de l'achylie continue à susciter des recherches et maintes discussions en pays scandinaves, les rapports entre les deux syndromes étant loin d'être éclaircis. B. a déjà montré que l'anémie se trouve fréquemment associée à l'achylie et qu'elle est du type pernicieux avec valeur globulaire généralement élevée lorsque l'achylie n'est pas liée à un cancer. Depuis, il a avec L. étendu ses recherches qui portent aujourd'hui sur 152 achyliques dont 5 sûrement atteints d'anémie pernicieuse au début des recherches et 13 présentant un cancer gastrique, tous ces derniers malades étant mis à part; 57 sujets présentant de l'HCl dans le suc gastrique ont servi de témoins.

Chez 50 pour 100 de leurs achyliques ils ont constaté de l'anémie, de degré assez modéré en général, et de type simple. Chez 22 pour 100 ils ont trouvé une valeur globulaire supérieure à l'unité. Parmi ces derniers malades, la moitié avaient un taux d'hémoglobine égal ou supérieur à 100 au Sahli. Chez 15 pour 100 des malades, le plus souvent chez ceux qui avaient un taux élevé d'hémoglobine, il existait de la mégalocytose. Dans l'anémie pernicieuse, la mégalocytose se montra constante, tandis qu'elle faisait défaut chez les cancéreux B. et L. considèrent comme mégalocytose un diamètre moyen mesuré sur 50 hématies égal ou supérieur à 8 μ 4. Chez les malades présentant la réaction de l'HCl dans le suc gastrique la mégalocytose est rare, mais on la constate parfois. En règle générale, elle coïncide avec une valeur globulaire supérieure à 1, mais il y a des exceptions; elle peut se voir avec une valeur globulaire inférieure à 1. La dimension des hématies peut varier quelque peu chez le même malade; elle peut augmenter lorsqu'on donne du fer et surtout de l'arsenic. La cure de foie fait augmenter en général le diamètre des hématies chez les achyliques, tandis qu'on sait qu'elle le fait diminuer dans l'anémie pernicieuse; il y a peut-être là un signe de diagnostic différentiel.

B et L. ont trouvé de la mégalocytose dans des cas où l'on pouvait difficilement parler d'anémie pernicieuse, et l'opinion catégorique de Jorgensen et Warburg sur la valeur péremptoire de la mégalocytose comme critère de l'anémie pernicieuse semble sujette à revision; il paraît exister en effet des exceptions assez nombreuses D'après B et L., grâce à l'examen attentif du sang des achyliques, on pourra probablement arriver à découvrir à un stade précoce quelques malades atteints d'anémie pernicieuse et l'on devra surtout chercher parmi les patients ayant un taux d'hémoglobine élevé.

Il semble bien que l'achylie à elle seule ne produit aucunement l'anémie pernicieuse. Les recherches de B. et L. n'indiquent pas d'ailleurs quels facteurs ont de l'importance.

Deux malades ayant un ulcère d'estomac et de l'achylie, chez lesquels on fit une résection gastrique, présentèrent après l'opération la formule sanguine de l'anémie pernicieuse.

Souvent B. et L. ont trouvé chez des malades atteints d'anémie pernicieuse certaine on probable des douleurs dans l'hypocondre gauche attirant l'attention sur le pancréas.

Ils n'ont pu confirmer l'existence du syndrome neurasthénie-achylie-mégalocytose individualisé par Jorgensen et Warburg qui ont soutenu que l'anémie pernicieuse n'en était qu'un stade tardif et rare.

P.-L. Marie.

A. Brems et Cai Holten (Copenhague). ***Élévation de la pression sanguine et symptômes hypoglycémiques consécutifs aux injections d'insuline*** (*Acta medica Scandinavica*, tome LXXII, nos 5-6, 30 Décembre 1929). — Des recherches sur l'animal (Wilder, Cannon, Houssay, etc.) ont montré que les injections d'insuline peuvent déterminer un déversement considérable de l'adrénaline des surrénales dans le sang, conditionné par une excitation d'origine centrale suivant la voie des nerfs splanchniques et se déclenchant seulement lorsque la glycémie est tombée au-dessous d'une certaine valeur critique.

B. et C. ont tenté de vérifier ces données expérimentales chez l'homme par voie indirecte, en montrant l'existence d'une hyperadrénalinémie post-insulinique dont témoigne l'ascension de la pression sanguine.

Grâce à des mesures systématiques de la pression après l'injection d'insuline (4 à 12 unités internationales dans les veines ou 16 unités sous la peau), ils ont pu déceler dans de nombreux cas, tant chez les sujets normaux que chez les diabétiques, une élévation de la pression allant de 20 à 30 mm. Hg. Cette hypertension ne se rencontre que chez les sujets qui présentent en même temps des symptômes d'hypoglycémie (phénomènes vaso-moteurs, sueurs, sensation de faim, etc.), tandis que la pression sanguine ne se modifie pas dans tous les autres cas où ces symptômes font défaut, quand bien même la glycémie tombe à 0 gr. 04 ou 0 gr. 05 pour 100. Par contre, chez tous les individus sans exception qui présentèrent ces symptômes, la pression ne manqua jamais de s'élever, si bien que l'ascension de la pression sanguine et les symptômes hypoglycémiques paraissent très intimement liés.

Cette élévation de la pression est vraisemblablement conditionnée par un déversement d'adrénaline excrétée par la médullaire surrénale, déclenché par une excitation centrale se produisant au niveau du bulbe ou du cerveau intermédiaire et se transmettant par les splanchniques. Cette excitation centrale participe très probablement au développement des phénomènes hypoglycémiques et, selon toute apparence, est produite précisément par l'abaissement de la glycémie.

B. et C. discutent la possibilité d'une synergie fonctionnelle entre le pancréas et les surrénales et signalent que l'hyperadrénalinémie qu'ils admettent consécutivement à l'injection de l'insuline peut, par suite de son influence glycogénolytique, troubler l'action de l'insuline sur la glycémie et rendre difficile son évaluation numérique. P.-L. Marie

THE MEDICAL JOURNAL OF AUSTRALIA

(Sydney)

J. Macnamara (de Melbourne). ***Le traitement de la poliomyélite aiguë par le sérum humain immunisé*** (*The medical Journal of Australia*, XVIe année, tome II, no 24, 14 Décembre 1929). — Le traitement de la maladie de Heine-Médin par le sérum de convalescent, préconisé par Flexner et Lewis, Landsteiner, Levaditi et Netter, a donné de très beaux résultats entre les mains de nombreux auteurs depuis cette époque.

Il est évidemment très difficile de juger l'efficacité d'une méthode thérapeutique dans la poliomyélite antérieure aiguë, mais M. a étudié minutieusement une centaine de cas et les a groupés suivant que le sérum a pu être injecté au cours de la période préparalytique, au début de la période paralytique avec fièvre élevée, plus de 24 heures après le début de la paralysie; ceux qui ont présenté une forme progressive ascendante constituent un groupe à part. Sur 12 cas, 10 fois il ne survint pas de nouvelles paralysies après l'administration du sérum.

La mortalité moyenne, qui a été de 14 à 21 pour 100 pour les cas non traités, a été beaucoup plus basse pour ceux ayant reçu du sérum de convalescent. Les paralysies sévères ont été plus rares.

L'efficacité est d'autant plus grande que le sérum a été injecté précocement. 24 heures après le début de la paralysie, la sérothérapie amène une chute de température et l'arrêt de la paralysie. Plus tard, le traitement est inefficace.

Robert Clément.

REVUE DES JOURNAUX

REVUE DE MÉDECINE

(*Paris*)

P. Chevallier. ***La maladie de Chauffard-Still et les syndromes voisins*** (*Revue de Médecine*, tome XLVII, n° 2, Février 1930). La maladie de Chauffard-Still est exceptionnelle. Elle atteint surtout les sujets jeunes, dans la majorité des cas avant la 2e dentition. Les enfants et les adolescents sont presque toujours indemnes de tares héréditaires ou acquises ; chez les adultes, la gonococcie est notée assez souvent, parfois la syphilis, la tuberculose est rare.

L'apparition se fait le plus souvent à la fin de l'hiver et au printemps. La maladie s'atténue l'été ; les poussées ultérieures se font à nouveau au printemps.

La maladie de Chauffard-Still est caractérisée par : des manifestations principales, telles que polyarthrites, adénopathie et splénomégalie; des manifestations accessoires, comme l'anémie, des troubles sudoraux, des troubles trophiques et pigmentaires; une évolution à poussées fébriles.

Les poussées évolutives sont fébriles, douloureuses, tuméfiantes, extensives ; toutes les manifestations s'exagèrent parallèlement. Dans l'intervalle des poussées, le patient redevient normal au début, mais après chaque poussée, il reste chaque fois plus profondément atteint. En général, les poussées surviennent tous les ans à la même date, au mois de Mai par exemple.

De façon schématique, on peut distinguer 3 étapes dans la maladie : une étape rhumatoïde, une étape de rhumatisme chronique, une étape cachectique.

La plupart des malades meurent très jeunes. mais des durées de plus de 20 ans sont possibles. La guérison est exceptionnelle.

Toutes les articulations peuvent être atteintes, particulièrement les grosses articulations distales des membres. L'affection est toujours symétrique. Dans la règle, toute poussée nouvelle atteint les jointures déjà prises antérieurement et, en outre, un certain nombre d'autres jusque-là respectées. Au moment des poussées, les articulations se tuméfient; elles peuvent être rosées et chaudes, les douleurs spontanées et provoquées sont vives. Dans les cas anciens, l'aspect est celui du rhumatisme chronique fibreux, avec déformations plus ou moins intenses.

L'examen radiologique confirme l'absence de lésions ostéo-cartilagineuses.

Anatomiquement, les os sont intacts, la lésion porte avant tout sur la capsule et le tissu conjonctif périarticulaire qui sont épaissis.

La coupe montre une hyperplasie inflammatoire. La synoviale est atteinte aussi d'inflammation chronique. L'atrophie musculaire est précoce et intense.

Dès la 1re poussée, les adénopathies apparaissent. Les ganglions sont gros et douloureux au moment des poussées, sans périadénites; leur consistance est uniforme et ferme.

Histologiquement, ce qui domine, c'est la fibrose du ganglion, la cellulo-réticulose, caractérisée par une hypertrophie et une prolifération des cellules réticulaires. Les follicules sont tantôt atrophiés, tantôt volumineux, avec un centre clair. Les cordons sont plus ou moins lâches. Les lymphocytes sont en grande majorité, certains sont altérés et rappellent l'aspect des plasmocytes. Ces lésions ont permis un rapprochement avec celles de la maladie de Hodgkin.

Il n'y a pas parallélisme entre le volume des ganglions et l'intensité de l'atteinte articulaire.

La splénomégalie est inconstante. La cachexie peut manquer au début, mais constitue parfois une véritable athrepsie.

La maladie de Chauffard-Still présente des parentés morbides avec le rhumatisme infectieux chronique cryptogénétique, la forme arthropatique de la maladie de Hanot, la splénomégalie primitive avec arthropathie et la splénomégalie primitive avec adénomégalie.

La maladie de Still a tous les caractères d'une maladie infectieuse ; mais, malgré de nombreuses recherches, l'infection causale n'est pas encore précisée.

C'est une affection grave. Le salicylate de soude, la vaccinothérapie, la protéinothérapie, les substances radio-actives, les rayons X et le soufre échouent complètement ou presque complètement. Le seul médicament digne de retenir l'attention est l'iode. ROBERT CLÉMENT.

P. Chevallier et P. Flandrin. ***Le traitement local des hémorragies au cours des dyscrasies sanguines*** (*Revue de Médecine*, tome XLVII, n° 2, Février 1930). — Ce qui caractérise les dyscrasies sanguines hémorragipares, c'est la facilité, la persistance et la répétition des hémorragies capillaires.

Dans tous les cas, le traitement général est capital ; mais il faut y associer un traitement local.

La compression digitale est un moyen simple et efficace, le seul efficace parfois ; le nettoyage de la plaie doit être parfait. La cautérisation est réservée aux plaies très étroites, elle n'a qu'un effet temporaire dans les syndromes hémorragiques. Les hémostatiques doivent être appliqués à la température du corps. L'antipyrine, le perchlorure de fer, le chlorure de calcium, l'eau oxygénée, l'hamamélis, le tanin, la pectose ou propectine, certains sucres ont une action peu efficace et irrégulière. Les meilleurs hémostatiques locaux sont les extraits animaux, en particulier le sérum sanguin. Mais il faut se souvenir que, remarquablement efficaces dans l'hémophilie, ils se montrent plus souvent médiocres dans les syndromes hémogéniques. ROBERT CLÉMENT.

L'HOPITAL

(*Paris*)

Traitement d'une syphilis récente (*L'Hôpital* tome XVIII, n° 257, Février 1930). — *L'Hôpital* publie une série d'interviews de syphiligraphes autorisés (Audry, Fournier, Gougerot, Hudelo, Lortat-Jacob, Margarot, Pautrier, Petges, Pinard, Ravaut, Sézary) sur le traitement d'une syphilis récente.

Tous les auteurs sont d'accord pour donner la priorité aux injections intraveineuses de novarsénobenzol employé à hautes doses (0,75, 0,90 et même 1,05) à intervalles rapprochés, comme traitement d'attaque de la syphilis récente. Seul Fournier préconisait le bismuth dès le début de la syphilis.

Des repos de courte durée (15 jours, 3 semaines) seront autorisés entre les cures.

Le bismuth doit être associé à l'arsenic, soit en même temps, soit par alternances ; les divers sels sont employés par les auteurs, mais on note une certaine préférence pour les sels lipo-solubles. Ultérieurement le bismuth pourra être employé seul, ou alterné avec le mercure qui a toujours droit de cité. Quelques auteurs ont conservé l'usage de l'iodure de potassium.

Si le traitement d'attaque paraît à tous les auteurs d'une importance capitale, il semble bien qu'il ne faille pas lui accorder une confiance de tout repos. Tous le font suivre d'une longue surveillance et d'un traitement d'entretien prolongé durant 3, 4, 5 ou 6 ans. R. BURNIER.

M.-E. Binet (Vichy). ***A propos de la diarrhée prandiale*** (*L'Hôpital*, tome XVIII, n° 258, Mars 1930). — En suivant le développement dans le temps de l'angio-cholécystite, B. s'est rendu compte que le point de départ et la raison d'être première de la douleur sous-hépatique se trouve au cæco-côlon. La lésion de la muqueuse une fois réalisée là, l'infection se propage par les voies hépatiques sous-péritonéales jusqu'au hile du foie, créant à ce niveau un deuxième foyer. C'est dans cet ensemble nosologique de typhlo-cholécystite que se rencontre presque exclusivement la diarrhée prandiale dite des biliaires décrite magistralement par Linossier.

Cette forme de diarrhée est la signature de la participation intestinale. On la rencontre presque exclusivement chez les malades porteurs de phénomènes morbides associés de la vésicule et du côlon.

La thérapeutique doit s'adresser essentiellement à l'intestin pour être efficace, et, de ce fait, la diarrhée prandiale se présente bien plus comme un symptôme colitique que comme un symptôme biliaire. Elle ne résiste pas en général à la déplétion de la vésicule assurée le matin, à jeun, par l'emploi d'un laxatif léger, et à l'établissement d'un régime alimentaire dépourvu de graisse et surtout aussi sec que possible. ROBERT CLÉMENT.

JOURNAL DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE PRATIQUES

(*Paris*)

Ch. Achard. ***La fièvre typhoïde propagée par les mains sales*** (*Journal de Médecine et de Chirurgie pratiques*, tome CI, 4e cahier, 25 Février 1930) — Les maladies typhoïdes se propagent de diverses façons ; à côté des contaminations lointaines par l'eau souillée donnant naissance aux épidémies d'origine hydrique, il y a des contaminations prochaines qui se font au voisinage des malades.

C'est, en général, en donnant des soins de nettoyage, en manipulant les bassins, les draps, les chemises souillées, que les parents, les infirmiers ou les médecins se contaminent. Sur 164 cas de sa statistique hospitalière, A. relève 9 exemples de contamination de ce genre. C'est par les mains que se fait la contagion dans ces cas. Faute d'avoir pris les soins de propreté nécessaires, les mains contaminent les aliments consommés et notamment le pain.

C'est par la sueur des mains que se font vraisemblablement aussi de nombreuses contaminations indirectes : chez les blanchisseurs, les infirmiers, appelés à manipuler les vêtements souillés par les malades.

Les aliments peuvent véhiculer les germes typhoïdes : les huîtres, les coquillages, les végétaux arrosés avec de l'eau impure ou fumés avec de l'engrais humain et consommés crus. Le pain est souvent manipulé avec les mains sales, déposé à terre à la porte des maisons, sur les paillassons où les chaussures ont abandonné d'abondantes souillures. Le lait peut être contaminé par des mains sales au moment de la traite ou chez le revendeur.

Les porteurs de germes, chroniques ou convalescents, sont les agents les plus dangereux : cuisinières, pâtissiers, charcutiers, épiciers, laitiers préparant les aliments avec leurs mains sales sont cause de très nombreux cas de fièvre typhoïde. Enfin, les affections accidentelles de laboratoire sont souvent dues, elles aussi, à une négligence de propreté, comme dans le cas qui fait l'objet de cette leçon.

Aux précautions d'hygiène indispensables il est nécessaire de joindre l'obligation d'une vaccination préventive à tout travailleur appelé à manipuler les germes typhoïdes, vivants ou morts. ROBERT CLÉMENT.

LE MONDE MÉDICAL

(*Paris*)

J. Darier. ***Les cancers de la face et de la bouche ; comment ils commencent ; comment s'en préserver*** (*Le Monde médical*, tome XL, n° 765, 1er Février 1930). — Si les causes du cancer nous sont encore inconnues, il semble possible de prévenir l'éclosion et le développement des cancers de la face

et de la bouche en faisant le diagnostic précoce et surtout en s'attaquant aux affections précancéreuses qu'il faut faire disparaître on surveiller de près pour saisir dès le début tout indice d'évolution maligne.

Dans la bouche, c'est la *leucoplasie*. Si elle est syphilitique, elle exige un traitement spécifique sérieusement conduit; si elle est simple, elle demande des soins palliatifs; si elle est hyperkératosique ou si elle subit une transformation verruqueuse ou si elle présente des crevasses persistantes, indurées, il faut une intervention chirurgicale sans délai. L'épithélioma confirmé est également justiciable de l'exérèse, mais la curiethérapie, bien maniée, peut amener la guérison avec un minimum de mutilation.

A la face, la *kératose sénile* doit toujours être traitée par le galvano-cautère ou le cryo-cautère qui donnent des succès certains. S'il y a certitude ou soupçon sérieux d'épithéliomisation, on aura recours au radium ou à la radiothérapie.

Tout *nævus cellulaire*, *lentigo*, ou *grain de beauté*, qui présentent des indices d'évolution maligne doivent être aussitôt traités ou détruits par l'électrolyse ou l'électro-coagulation.

En adoptant cette ligne de conduite, on a les plus grandes chances d'éviter l'apparition des cancers de la face et de la bouche. ROBERT CLÉMENT.

REVUE ODONTOLOGIQUE
(*Paris*)

Lesbouyries. ***A propos de l'actinomycose de la mâchoire*** (*Revue odontologique*, an LI, nº 2, Février 1930). — L. insiste sur ce fait que les constatations bactériologiques démontrent qu'il n'y a pas « une » mais « des actinomycoses ». Le streptothrix anaérobie d'Israël est le plus fréquent. C'est ainsi que Finoy l'a trouvé 13 fois sur 19, que l'actinobacille de Lignières n'a été constaté que 3 fois, le *Nocardia bovis* de Bostrœn 2 fois, et 1 fois les parasites d'Israël et de Bostrœn associés.

L. montre l'absence de spécificité des grains à massue, inclus dans les nodules inflammatoires, puisqu'ils peuvent être produits par des organismes très variés (Colebrock, Hülphers, Magrou). Les massues ne doivent pas être considérées comme des formations caractérisant une espèce parasitaire, mais comme le résultat de l'adaptation d'organismes divers à un mode particulier de la vie parasitaire.

Lorsque les ganglions sont atteints, le germe en cause est l'actinobacille. La tumeur actinomycosique est constituée par un nombre plus ou moins considérable de nodules inflammatoires, séparés les uns des autres par d'épaisses travées fibreuses. Le tissu du nodule se continue sans transition avec le tissu fibreux des travées qui forme la charpente de la tumeur.

Enfin, dans l'actinomycose des os, la médication iodique a peu d'action, car il y a pauvreté d'irrigation sanguine dans l'os infecté, la circulation y est lacunaire et l'apport médicamenteux à peu près nul.

C. RUPPE.

Bercher et Grandclaude. ***Etude anatomo-clinique d'une tumeur adamantine du maxillaire inférieur*** (*Revue odontologique*, tome LI, nº 3, Mars 1930). — B. et G. nous retracent l'histoire clinique d'une tumeur adamantine. Histoire toujours longue, car les lésions osseuses destructrices sont longtemps balancées par un processus de reconstitution parallèle. Ces tumeurs récidivent fréquemment et nécessitent des opérations multiples. L'observation de B. et G. a un intérêt supplémentaire puisqu'elle montre la dégénérescence maligne de cette tumeur, fait très rare.

Après avoir subi deux interventions à un an de distance, leur malade a bénéficié de sept années de latence clinique. Cependant la radiographie continuait à montrer un aspect lacunaire typique. C'est alors qu'apparurent des douleurs légères et de l'anesthésie mentonnière et qu'il y eut une augmentation de volume de la tumeur, avec infiltration du plancher de la bouche. A la radiographie, aspect géodique et éclatement du bord inférieur de la cavité creusée dans l'angle. Nouvelle intervention, qui ne put être complète tant elle aurait été mutilante, suivie de deux applications de radium à 9 mois de distance. 6 mois après, apparition d'un kyste sous-muqueux qui fut opéré par voie buccale. Actuellement, la radiographie montre une condensation osseuse qui efface les lacunes antérieures, sans les faire toutefois disparaître complètement. En outre, la coque osseuse jadis éclatée s'est reformée.

Du point de vue anatomique, cette tumeur, d'abord purement adamantine, a subi une dégénérescence baso-cellulaire, d'allure cylindromateuse, par changement de la polarité sécrétoire des cellules.

Cette dédifférenciation, ce retour vers la forme malpighienne ancestrale, explique l'amélioration survenue dans cette tumeur à la suite du traitement par le radium. D'où la nécessité de pratiquer des examens histologiques aux différents stades de cette évolution, afin de pouvoir, le cas échéant, faire bénéficier le malade de cette thérapeutique.

C. RUPPE.

ARCHIVES DE MÉDECINE DES ENFANTS
(*Paris*)

P. Nobécourt, R. Liége et Mlle A. Herr (Paris). ***Rougeole et tuberculose*** (*Archives de Médecine des Enfants*, tome XXXIII, nº 2, Février 1930). — Pendant les 6 premiers mois de 1929, N., L. et H. ont recherché systématiquement la tuberculose chez les enfants hospitalisés au pavillon de la rougeole de l'hôpital des Enfants-Malades. L'analyse des observations recueillies leur permet de formuler les conclusions suivantes :

La tuberculose n'a pas d'influence notable sur l'évolution de la rougeole.

Par contre, la rougeole joue un rôle néfaste dans certains cas, mais non dans tous, sur l'évolution de la tuberculose.

La rougeole peut être l'occasion d'une tuberculose pulmonaire aiguë qui entraîne la mort, alors qu'avant elle les enfants paraissaient jouir d'une bonne santé.

D'autre part, il est possible que les broncho-pneumonies banales frappent avec une fréquence particulière les petits tuberculeux et, chez eux, se terminent le plus souvent par la mort.

A vrai dire, les cas de tuberculose consécutive à la rougeole ne sont pas très fréquents. Sur 459 rougeoleux, 15 seulement, soit 3,48 p. 100, ont été atteints de tuberculose nettement consécutive à la rougeole. D'autre part, la rougeole se retrouve dans les antécédents immédiats d'enfants morts de méningite tuberculeuse seulement dans 62 pour 100 des cas.

Si le pourcentage est assez faible, il ne faut toutefois pas en conclure à une simple coïncidence : les faits cliniques, en effet, sont beaucoup plus probants que toute statistique.

Chez certains malades, pour affirmer l'absence de tuberculose à la suite de la rougeole, il importe, non seulement de poursuivre une observation clinique attentive, mais encore de multiplier les recherches de laboratoire : cuti-réactions à la tuberculine répétées à plusieurs reprises, radiographie, recherche des bacilles de Koch, réactions sérologiques de Vernes et de Besredka. Chez les rougeoleux, ces réactions ont leur utilité, car leur dissociation, le Vernes étant positif, semble être l'indice d'une tuberculose au début.

Si tous ces examens ne sont pas mis en œuvre systématiquement, la tuberculose peut rester ignorée ou être incriminée à tort.

G. SCHREIBER.

LE JOURNAL DE MÉDECINE DE LYON

J. Paviot et P. Croizat. ***Hépatisme et tuberculose*** (*Le Journal de Médecine de Lyon*, tome XI, nº 241, 20 Janvier 1930). — Les signes cliniques et les données de laboratoire montrent la constance presque absolue de troubles hépatiques au cours des divers processus évolutifs de la tuberculose pulmonaire. On sait le rôle favorisant de l'insuffisance hépatique dans l'évolution de la tuberculose.

Au contraire, l'arthritisme, qui se confond avec le petit hépatisme de Glénard, semble être un mauvais terrain pour le développement de la tuberculose; celle-ci prend alors une allure plus favorable.

Les petites insuffisances hépatiques peuvent simuler la tuberculose pulmonaire et peut-être ne faut-il pas nier radicalement l'hémoptysie goutteuse des anciens auteurs.

Ces faits peuvent présenter des difficultés diagnostiques.

Au point de vue pronostique, si les petits accidents hépatiques d'allure tapageuse sont favorables, la grande insuffisance hépatique, plus silencieuse, est, au contraire, une éventualité fâcheuse.

Le traitement ne devra pas négliger l'état du foie au cours de la tuberculose.

ROBERT CLÉMENT.

J. Paviot. ***Les maladies à cyanose*** (*Le Journal de Médecine de Lyon*, tome XI, nº 241, 20 Janvier 1930). — La pathogénie de la cyanose est encore loin d'être élucidée.

P. essaye un groupement des cyanoses et cherche à dégager les notions pathogéniques que peuvent apporter la clinique l'anatomo-pathologie et les expériences physiologiques.

Les *cyanoses terminales* d'états cardiopathiques et pulmonaires, bien que souvent de courte durée et agoniques en rapport avec un syndrome d'insuffisance ventriculaire droite irréductible, ne sont peut-être pas à exclure totalement du cadre des maladies à cyanose, du moins du point de vue pathogénique.

Les facteurs mécaniques ne suffisent pas à expliquer tous ces cas et certaines de ces cyanoses semblent relever de sclérose de l'artère pulmonaire, de thrombose artérielle ou veineuse et se rapprochent du second groupe.

Les *cyanoses durables et progressives*, celles qui correspondent aux « cardiaques noirs » d'Ayerza ou à la « maladie bleue tardive » de Bard, forment un groupe homogène et s'accompagnent toujours d hyperglobulie. Elles seraient unies, pour P., par le lien étiologique de la syphilis, héréditaire ou acquise, dont les effets interviendraient dans les dystrophies cardiaques et aussi dans les pneumopathies artérielles et parenchymateuses.

La « pléthore vraie » de Geisböck et le syndrome de Vaquez auraient une certaine parenté et la cyanose, l'hyperglobulie et la grosse rate permettraient de les rattacher au groupe des cyanoses durables et progressives.

On trouverait fréquemment des lésions de syphilis et de tuberculose de viscères autres que le cœur, notamment du foie et de la rate, et ces lésions joueraient un rôle dans l'étiologie du syndrome cyanose.

P. rapporte un cas de cirrhose pigmentaire s'accompagnant de cyanose, sans malformation congénitale du cœur, et il rapproche ces faits des observations et expériences physiologiques mettant en évidence le rôle de la rate comme régulateur de la teneur du sang en hématies.

ROBERT CLÉMENT.

DEUTSCHE MEDIZINISCHE WOCHENSCHRIFT
(*Leipzig*)

P. Sudeck. ***Le traitement local de la maladie de Basedow : status neuropathique, traitement radiothérapique et traitement iodé*** (*Deutsche medizinische Wochenschrift*, tome LV, nº 49, 6 Décembre 1929). — Le traitement local du syndrome basedowien paraît à S. le plus efficace, à la condition d'être strictement employé dans les cas où il y a dys- ou hyperthyroïdie. Il importe donc d'en différencier les neuroses végétatives pseudo-basedowiennes, status

neuropathique sans hyperthyréose, qui ne sont nullement améliorées et parfois mêmes aggravées par ce traitement.

Le diagnostic est basé sur les symptômes cliniques, en particulier l'intensité des troubles psychiques, l'absence de signes basedowiens vrais. Parfois des troubles nets du métabolisme basal affirment l'hyperthyroïdie, mais nombre de cas restent douteux, l'augmentation du métabolisme basal étant faible, les résultats mêmes de l'épreuve restant discutables chez ces sujets nerveux, instables, indociles, se prêtant mal à une recherche précise.

Le diagnostic de maladie de Basedow étant porté, la thérapeutique locale est indiquée. Le traitement radiothérapique a donné à S. des résultats très médiocres : action lente, incomplète, incertaine. Cette thérapeutique lui paraît nettement inférieure au traitement chirurgical.

L'iode a été employé selon la méthode de Plummer avec des résultats favorables comme traitement préparant l'intervention. Aucun incident n'a été noté chez les sujets soumis au traitement iodé.

G. Dreyfus-Sée.

Mulzer et Keining. ***La pyrétothérapie maxima au cours des infections (ses bases théoriques)*** (*Deutsche medizinische Wochenschrift*, tome LV, n° 50, 13 Décembre 1929). — La thérapeutique d'excitation ou de choc peut employer de multiples substances qui, au point de vue pratique, agissent de façon semblable, non spécifique, et dont l'influence sur l'organisme est seulement variable selon les doses.

L'interprétation des réactions est basée sur la loi d'Arndt Schultze montrant que les excitations faibles sont activantes, les moyennes excitantes, les fortes inhibantes, les plus intenses réactivantes. L'application de cette loi biologique à l'influence exercée par des doses progressives de substances sensibilisatrices sur des foyers pathologiques explique qu'une dose minime détermine une réaction focale isolée, car elle reste au-dessous du seuil d'excitation des cellules normales et ne peut activer que des cellules déjà préparées à réagir par le processus inflammatoire pathogène. Il y a donc, dans ce cas, activation élective par une dose minima, donc action curatrice sans retentissement général. Ce mode de traitement constitue la thérapeutique du seuil d'excitation de Arnold Zimmer.

Une dose plus intense, dépassant le seuil, excite toutes les cellules normales ou pathologiques, détermine une extension du foyer et des réactions générales souvent sérieuses : c'est une dose « provocatrice », non utilisable en thérapeutique, parfois susceptible de constituer un procédé diagnostique. Elle correspond à l'excitation forte inhibante de Arndt Schulze.

Enfin des doses beaucoup plus élevées redeviennent activantes, La réaction générale maxima de l'organisme est telle que l'extension focale n'a pas lieu : il se produit une réaction panergique. Ces constatations, faites au cours de l'étude de la malariathérapie, permettent de rapprocher, pratiquement comme théoriquement, la thérapeutique de choc maxima (pyrétothérapie) du traitement désensibilisant minimum (thérapeutique du seuil d'excitation).

Entre ces deux phases — seuil d'excitation et réaction panergique — toutes deux utilisables en thérapeutique, se trouve le stade dangereux de la phase de provocation.

Seule une étude de la sensibilité spéciale de chaque malade vis-à-vis de chaque médicament permet de déterminer les doses utiles et nuisibles, et il ne peut être question d'établir une fois pour toutes cette posologie.

Le danger des doses moyennement fortes amène les auteurs à préconiser plutôt les doses maxima, intenses, déterminant les violentes réactions de pyrétothérapie, plutôt que les petites doses difficiles à établir et qui risquent de rester en deçà des quantités utiles ou bien, au contraire, de dépasser le seuil et de devenir nuisibles.

G. Dreyfus-Sée.

MÜNCHENER MEDIZINISCHE WOCHENSCHRIFT

(Munich)

E. Leschke. ***Alastrim, variole et vaccination antivariolique*** (*Munchener medizinische Wochenschrift*, tome LXXVI, n° 50, 13 Décembre 1929). — Proche de la variole vraie, existe une forme atténuée pour laquelle L. propose le nom de « variole atténuée » (*variola mitigata*) et qui n'est autre que l'*alastrim* observé en Amérique, aux Açores, en Suisse, en Angleterre et en Hollande.

Le tableau clinique de ces deux maladies est différent; en particulier la mortalité de l'alastrim est très faible, ne dépassant pas 1 pour 100 du nombre des malades.

Le virus présente tous les caractères du virus variolique et paraît constituer une de ses formes de persistance, à virulence atténuée. La vaccination antivariolique protège contre les deux affections, et les mêmes mesures prophylactiques employées contre la variole s'imposent pour éviter les épidémies d'alastrim.

Pour obvier aux dangers de la vaccination et, en particulier, au risque d'encéphalite, L. conseille d'employer un vaccin peu virulent, de faire la primo-inoculation aussi précoce que possible et avec une seule ou au maximum deux scarifications cutanées.

G. Dreyfus-Sée.

H. G. Riecks. ***Contribution à l'étude des septicémies post-angineuses*** (*Münchener medizinische Wochenschrift*, tome LXXVI, n° 51, 20 Décembre 1929). — A propos de 2 cas traités avec succès par intervention chirurgicale, R. reprend la discussion des éléments diagnostiques et des indications opératoires qui se posent dans les septicémies post-angineuses.

L'intervention précoce lui paraît avoir été, dans ses cas, un des éléments du résultat heureux.

Il insiste sur les éléments diagnostiques fournis par la clinique (évolution rapide, signes locaux et généraux, symptômes de dissémination, frissons répétés, cyanose, localisation pulmonaire, etc.) et ceux apportés par l'examen du sang (en particulier, déviation à gauche de la formule hématologique).

Une collaboration médico-chirurgicale intime est indispensable pour permettre les progrès dans cette difficile question. G. Dreyfus-Sée.

W. Storm Van Leeuwen. ***Traitement du rhume des foins par le praticien*** (*Münchener medizinische Wochenschrift*, tome LXXVI, n° 51, 20 Décembre 1929). — Le diagnostic de la substance déchaînante doit être établi avec précision. En particulier, on s'efforcera de différencier les sujets ne réagissant qu'aux pollens de ceux qui sont sensibles à de multiples substances. Alors que les premiers peuvent être facilement traités par tous les médecins avec chance de succès, les seconds sont beaucoup plus difficiles à améliorer.

Les injections thérapeutiques sont pratiquées avec des mélanges polliniques (pollen de végétaux herbacés et de céréales), en commençant par des doses très minimes (0,5 cmc de la dilution au 1/5 000.000 de la solution initiale), et en augmentant progressivement jusqu'à apparition de forte réaction locale ou de faible réaction générale; ces manifestations doivent faire interrompre 2 jours, puis reprendre avec une dose inférieure et augmenter plus lentement.

Quand la dose maxima tolérée est ainsi établie, on la réinjecte tous les 8 jours, puis tous les 15 jours, enfin tous les mois durant 1 à 2 années.

Les résultats sont généralement favorables; les échecs, rares, paraissent dus constamment à la polysensibilisation (sensibilisation aux pollens de fleurs ou à d'autres allergènes) qui relève de désensibilisation spécialement adaptée.

Dans quelques cas, des phénomènes d'intolérance spéciale ont été observés : les malades présentent des signes de polynévrite cédant vite si on arrête de suite les injections, s'aggravant si on les poursuit. En tout cas, la guérison de ces accidents nerveux est spontanée et totale; elle est hâtée par des injections soufrées. Ces complications, qu'il faut connaître, demeurent pourtant exceptionnelles; le procédé général, d'application facile, qui ne nécessite pas la technique délicate de détermination stricte des substances allergiques, est utilisable sans risque chez tous les sujets atteints de rhume des foins.

G. Dreyfus-Sée.

F. Gernsheim. ***L'éphétonine dans le traitement de la coqueluche*** (*Münchener medizinische Wochenschrift*, tome LXXVI, n° 51, 20 Décembre 1929). — G. a employé l'éphétonine dans la coqueluche, comptant sur son action sur le sympathique et sur le vague pour lutter contre le bronchospasme, au cours des quintes. Dans presque tous les cas, il a observé une action calmante nette; les enfants s'endormaient une dizaine de minutes après la prise du médicament; l'intensité et le nombre des quintes paraissent avoir été influencés de façon favorable et cette efficacité est intéressante à signaler, surtout qu'il s'agissait de nourrissons de quelques mois.

En l'absence de thérapeutique spécifique, G. considère donc que l'éphétonine est un bon médicament symptomatique dont les résultats thérapeutiques confirment ce qu'on pouvait en attendre en se basant sur un point de vue théorique.

G. Dreyfus-Sée.

MEDIZINISCHE KLINIK

(Berlin)

Benno Tunis. ***Grossesse et accouchement chez les cardiaques*** (*Medizinische Klinik*, tome XXV, nos 51 et 52, 20 et 27 Décembre 1929). — B. T. envisage d'abord la physiologie normale du cœur au cours de la grossesse : son hypertrophie, déterminée par l'augmentation du travail à fournir, sa dilatation, conséquence de l'élévation de la quantité totale du sang (8,3 pour 100 du poids du corps, au lieu de 5 pour 100 chez la femme non enceinte), les actions nocives que les toxines placentaires peuvent exercer, sur le cœur, sur le centre vaso-moteur ou sur le centre respiratoire, enfin l'effort supplémentaire qu'exigent du myocarde les divers temps successifs de l'accouchement. Le cœur déjà lésé n'est pas toujours en état de subir l' « accommodation » nécessaire à l'égard de tous ces facteurs.

Sur 25.000 accouchements, enregistrés à la clinique obstétricale viennoise, le Dr Waldstein compte 121 cas d'affections cardiaques, et 26 cas suspects de lésions cardiaques. L'analyse de cette statistique permet de constater que l'affection valvulaire le plus souvent accompagnée de signes de décompensation au cours de la grossesse est le rétrécissement mitral pur (8 cas de décompensation sur 20 observations). Elle montre ensuite que la cause de mort la plus fréquente — de beaucoup — n'est pas l'insuffisance cardiaque, mais l'endocardite. Sur ses 121 cardiaques, 7 sont mortes pendant l'accouchement ou immédiatement après; sur ces 7 morts, 5 sont dues à l'endocardite, 1 à la péritonite, la dernière à une hémorragie par placenta prævia. L'endocardite est presque toujours consécutive à une manœuvre intra-utérine.

La conduite à tenir chez les cardiaques, d'après B. T., est la suivante : dès le début de la grossesse, soumettre les cardiaques à un traitement cardiotonique; si ce dernier n'assure pas un résultat pleinement satisfaisant, ne pas hésiter à interrompre la grossesse.

Au delà du 6e mois, à moins d'indication formelle et urgente d'interrompre la grossesse, il faut attendre que l'enfant soit viable, et provoquer alors l'accouchement, dans des conditions aussi peu traumatisantes que possible : il faut s'abstenir à tout prix de manœuvres intra-utérines, et l'intervention de choix est généralement la césarienne sous anesthésie locale. Enfin, toute femme qui a présenté des accidents gravido-cardiaques devrait être stérilisée.

J. Mouzon.


Traitement de
l'OBÉSITÉ
considérée comme Maladie
par carence diastasique
par les dragées
de
COLLOÏDINE LALEUF
LITTÉRATURE _ ÉCHANTILLONS
LABORATOIRES LALEUF
20 Rue du Laos — Paris

K. Doppler. ***La pathogénie et le traitement de la diathèse angiospastique des vaisseaux des extrémités*** (*Medizinische Klinik*, tome XXVI, n° 5, 31 Janvier 1930). — D. retrace d'abord l'histoire clinique bien connue de l'angiospasme, qu'il explique par une excitation sympathique consécutive à une irritabilité pathologique du centre vaso-moteur.

La partie la plus intéressante de son article est celle qui concerne la thérapeutique par la « sympathico-diaphtérèse », qu'il a préconisée comme le traitement de choix des spasmes vaso-constricteurs d'irritation sympathique.

Les malades atteints de la « diathèse angiospastique » réagissent de manière paradoxale à tous les excitants du système végétatif. Aussi la lumière, la chaleur, la diathermie, l'électrothérapie, le massage, la stase provoquée, qui déterminent la vaso-dilatation et l'échauffement du membre chez les sujets sains, ne font, chez les angiospastiques, qu'exaspérer la vaso-constriction. Toutes ces médications classiques doivent donc être abandonnées Deux indications doivent être assurées dans la thérapeutique de ces angiospasmes :

1° La suppression aussi complète que possible des stimulants du sympathique : repos au lit pendant des semaines, — avec surélévation, s'il s'agit du membre inférieur, — éloignement des excitations psychiques, suppression du tabac, et surtout des cigarettes, dont l'action nocive serait due moins à la nicotine qu'à l'irritation chronique du goût et de l'odorat.

2° La destruction du sympathique périartériel. D. croit à l'existence des fibres sensitives des plexus périartériels. Il cite, à l'appui de cette opinion, une curieuse observation de Forster : les trois veines inférieures du plexus brachial étaient sectionnées en dehors des rameaux communicants gris. Les 3 derniers doigts étaient le siège d'une anesthésie superficielle totale, mais il persistait une douleur à la pression profonde. Or l'excitation électrique des nerfs collatéraux des doigts était indolore, alors que celle de l'artère correspondante provoquait une vive sensation de brûlure.

Mais la destruction mécanique du sympathique périartériel par l'opération de Leriche expose à des dangers : ruptures ou anévrismes de la paroi artérielle, extirpation des vasa vasorum, qui compromet la trophicité du vaisseau. Aussi D. préfère-t-il la destruction chimique, qu'il a proposée sous le nom de *Sympathicodiaphtérèse*. Il utilise, à cet effet, une solution phéniquée ou des isomères du tricrésol Cette méthode n'expose à aucun accident. Elle détermine une vaso-dilatation beaucoup plus énergique que la sympathicectomie, comme on peut s'en rendre compte par l'examen capillaroscopique, et elle agit même (à l'inverse de l'opération de Leriche) dans la gangrène diabétique. D'autre part, son action vaso-dilatatrice n'intéresse pas seulement le territoire artériel correspondant, mais encore tous les territoires voisins : la sympathicodiaphtérèse d'une artère gastrique suffit pour agir dans tout le domaine splanchnique ; faite sur une artère spermatique, l'opération permet d'agir sur les deux testicules. Cette action à distance est d'autant plus nette que l'intervention porte sur une artère plus grosse; elle permet d'entrevoir l'action indirecte de certaines interventions chirurgicales sur des organes dont l'abord est trop difficile.

C'est par cette action à distance que D. interprète deux observations curieuses de Petrasevskaja, qui ont été opposées aux opérations sympathiques. La première est celle d'un ulcère de jambe, qui a guéri après sympathicectomie, alors que l'opération avait été faite, par erreur, sur la fémorale du côté opposé. La seconde est celle d'un malade qui avait des ulcères des deux jambes; la sympathicectomie fut suivie de la guérison de l'ulcère du côté opposé, mais non du côté opéré.

L'influence sédative, que les opérations sympathiques exercent très rapidement sur les douleurs, est attribuée à la circulation plus active qui en est la conséquence, et qui permet l'élimination des valences acides et des produits de désintégration tissulaire qui s'accumulaient pendant la phase d'ischémie.

L'effet thérapeutique des opérations sympathiques ne s'affirme souvent que tardivement, vers le 4e ou le 6e mois après l'opération. Aussi, un repos au lit aussi prolongé que possible est-il de rigueur après l'opération. La guérison est généralement durable : bien des patients sont complètement débarrassés de leurs angio-spasmes depuis 2 ou 3 ans.

J. Mouzon.

KLINISCHE WOCHENSCHRIFT

E. Urbach et P. Fasal. ***Urticaire mécanique tardive*** (*Klinische Wochenschrift*, tome VIII, n° 51, 17 Décembre 1929). — L'observation sur laquelle repose ce travail concerne un homme de 41 ans qui, à la suite d'un empoisonnement alimentaire survenu il y a 5 semaines, a fait une urticaire qui se reproduit depuis dans tous les endroits du corps soumis à un traumatisme plus ou moins marqué comme, par exemple, sous la ceinture du pantalon ou sous la bricole d'une boîte d'outils etc. En frottant la peau avec un bâton de verre, on fait apparaître une bande rouge légèrement surélevée. Cette réaction, qui représente déjà une urticaire artificielle moyennement forte, disparaît au bout de 1 heure puis reparaît de nouveau 4 heures plus tard, beaucoup plus marquée, et atteint son maximum au bout de 24 heures. Elle est encore visible au bout de 72 heures sous la forme de petites suffusions sanguines et au bout d'une semaine sous forme de pigmentation.

La ventouse de Bier, la chaleur, le froid, les rayons ultra violets, un emplâtre de cantharide peuvent également déterminer une urticaire tardive analogue Mais le courant galvanique, les radiations par les rayons X ou par les rayons Bucky sont sans effet. U. et F. ont d'abord constaté que, par pincement de la peau au voisinage d'une lésion, on ne provoque aucune modification de cette lésion elle-même. En injectant du trypanroth ils n'ont pas constaté de coloration anormale de l'urticaire provoquée par pincement en même temps que l'injection.

Pour rechercher si ce traumatisme libère une substance capable de provoquer l'urticaire on a injecté, à un individu normal, 0,1 cmc du contenu d'une ampoule de cantharide provoquée sur une lésion urticarienne du malade. Il ne s'est ainsi rien produit d'anormal tandis que, chez le malade lui-même, une telle injection fait apparaître une urticaire tardive. D'autre part, chez ce malade, le contenu d'une ampoule de cantharide provoquée chez un individu sain ainsi que des solutions de pilocarpine ou d'histamine à 1 : 100.000 ne provoquent aucune réaction. Il semble donc bien qu'une substance active soit libérée chez le malade, mais il est certain que cette substance n'est pas l'histamine.

On a constaté que la peau du malade est extrêmement pauvre en polypeptides tandis qu'elle est riche en acide urique comme le sang du malade lui-même, ce qui témoigne d'une destruction tissulaire ou nucléaire.

L'apparition de lésions d'urticaire est prévenue par anémie de la peau au moyen d'une solution d'adrénaline administrée par iontophorèse. Une solution de cocaïne empêche également l'apparition de l'urticaire pendant 7 heures. Il semble donc que les réflexes d'axone interviennent dans la production de cette urticaire. Mais cependant la substance active doit agir sur les vaisseaux comme en témoigne le fait que l'éphétonine et, plus encore, semble-t-il, l'ergotamine agit bien chez ce malade.

U. et F. se sont enfin demandé si cet état doit être rapproché de l'urticaire allergique et ils ont pu, par injection du sang du malade, sensibiliser un individu normal dans les régions injectées ; mais cette sensibilisation ne s'est pas montrée rigoureusement spécifique. On a cependant cherché à désensibiliser le malade en lui faisant porter un fardeau pour provoquer la dermatose, ce qui rendait les régions traumatisées un peu moins sensibles après la disparition de l'urticaire.

Les deux auteurs n'ont pas réussi à s'expliquer pourquoi cette réaction urticarienne apparaît si tard et disparaît en laissant de petites hémorragies. Ils constatent simplement que le système vasculaire de ce malade présente une certaine labilité

P.-E. Morhardt.

E. Schmitz ***L'action hypoglycémiante de l'ichthyol*** (*Klinische Wochenschrift*, tome VIII, n° 51, 17 Décembre 1929). — Beaucoup de recherches et notamment celles de Bürgi et Gordonoff ont montré que le soufre possède une action hypoglycémiante. C'est ce qui a amené S. à faire des recherches avec l'ichthyol qui est riche en soufre. Ce corps contient d'abord une certaine quantité de soufre naturel dont la moitié est représentée par les thiophènes. Après avoir subi un traitement de sulfuration qui le rend plus soluble et plus facilement émulsionnable, l'ichthyol est traité avec de l'acide sulfurique concentré, puis neutralisé avec des sels d'ammoniaque dont on sait qu'ils ont une action acidifiante, ce qui a amené à les remplacer par le potassium.

En administrant diverses préparations d'ichthyol, S. a constaté que le sucre du sang diminue chez les lapins surtout avec l'ichthyol potassique. Des faits du même genre ont été observés par Campanacci avec du soufre colloïdal.

En administrant l'ichthyol après injection intraveineuse de glucose à la dose de 1,5 gr. par kilo, la courbe d'hyperglycémie est souvent rendue un peu moins marquée par l'ichthyol. Des faits analogues ont été également observés par Campanacci.

La mobilisation du sucre par une injection d'adrénaline est inhibée, dans une très grande mesure, par l'administration d'ichthyol potassique qui, ainsi, protège les réserves de glycogène.

Sur un chien dont la plus grande partie du pancréas a été enlevée, on a constaté que l'ichthyol abaisse le sucre du sang. Chez cet animal, avant l'apparition de phénomènes diabétiques mais après l'opération, le sucre de canne ou le sucre de raisin, administré par la bouche, provoque une courbe d'hyperglycémie que l'administration d'ichthyol semble aplatir.

Sur la glycosurie l'ichthyol montre aussi une action, nette qui ne doit pas être mise en rapport avec une imperméabilisation des reins.

L'auteur rapproche l'action hypoglycémiante de l'ichthyol de celle que produit cette drogue sur certaines maladies de la peau qui s'accompagnent de modifications du sucre du sang.

P.-E. Morhardt,

E. Moro. ***Les pommes crues et râpées comme régime pendant 2 jours dans le traitement des états diarrhéiques de l'enfance*** (*Klinische Wochenschrift*, tome VIII, n° 52, 24 Décembre 1929). — A la suite d'Heisler, M. a donné à des enfants, dans un certain nombre d'états pathologiques, des pommes crues et râpées comme régime exclusif pendant 2 jours consécutifs. Il utilise pour cela des fruits mûrs dont il donne 500 à 1.500 gr. crus et râpés répartis en 5 repas par jour. Il n'ajoute à ce régime qu'un peu de thé lorsque la soif est marquée. Au bout de ces 2 jours, il prescrit un régime de passage dans lequel il évite les légumes et donne des biscuits, des bananes, du fromage blanc ou du fromage suisse râpé, du bouillon de viande ou des soupes de farine, de la purée de pommes de terre, de la viande maigre, de la compote de myrtilles.

Il a prescrit ce régime dans 52 cas chez des enfants qui, pour la plupart, étaient âgés de 1 à 5 ans mais qui, 9 fois, étaient des nourrissons de moins d'un an.

Dans les dyspepsies aiguës (22 cas dont 3 nourrissons), le résultat a été immédiat et complet, sauf dans un cas où il y a eu une petite rechute qui a nécessité 2 nouveaux jours de pommes.

Dans 15 cas de dysenterie certainement épidémique, les résultats ont été « extraordinairement favorables ». L'administration d'huile de ricin ou de thé s'est montrée inutile. Les 9 cas qui sont arrivés à l'hôpital avec de la fièvre (39° au moins) ont tous fait leur défervescence, comme le montre un graphique, en 1 jour ou 2, et une seule fois en 3 jours. M. fait remarquer à ce sujet que l'entourage des malades, qui n'acceptait ce traitement qu'à contre-cœur, s'est toujours montré surpris des résultats.

Chez 9 nourrissons, les résultats montrent qu'il n'y a pas contre-indication, mais cependant M. décon-


PHARMACIE DU
8, Rue Favart
DR MIALHE
PARIS
ELIXIR DU DR MIALHE
GASTRALGIES
Extrait complet des glandes pepsiques
Extrait complet des glandes pepsiques
L'alcool n'entrave
pas à faible dose l'activité protéolytique
de la pepsine qui recouvre toute son activité dans le milieu stomachal.
(Vigier, Germain Seé, etc.)
Un verre à liqueur peptonise complètement et rapidement 30 gr. de fibrine.
Posologie : un verre à liqueur après chaque repas. — Prescrire : Elixir du Dr Mialhe : 1 flacon

seille d'appliquer ce traitement à cet âge, en dehors d'une clinique.

Dans un cas de fièvre typhoïde (5 ans 1/2), où les selles étaient aqueuses, un jour de pommes a rendu les selles fermes.

Dans 8 cas de dyspepsie chronique, le résultat a été très satisfaisant bien qu'il n'ait pas été aussi remarquable que dans les formes aiguës. Il y a eu 3 rechutes légères, dont 2 par infection fébrile intercurrente. Dans un 3e cas, la rechute a été due à une reprise trop rapide des légumes. Dans 5 cas d'infantilisme de Herter, l'introduction occasionnelle de 2 jours de pommes dans le régime parut rendre des services en faisant apparaître momentanément des selles formées. Dans un cas de colite muqueuse, les résultats ont été excellents.

L'action des pommes paraît être due, selon M., à leur richesse en tanin et surtout au fait que la partie indigérable joue un rôle adsorbant à l'égard des substances nocives contenues dans l'intestin.

P.-E. Morhardt.

V. Schilling. *Nouvelles communications sur les érythrocontes* (*Klinische Wochenschrift*, t. VIII, n° 52, 24 Décembre 1929). — Les érythrocontes découverts par S. dans le sang des malades atteints d'anémie pernicieuse ont fait l'objet d'un travail qui a été analysé dans *La Presse Médicale* (4 Juillet 1928). Ces nouvelles recherches portent à 116 le nombre de cas de maladie de Biermer dans laquelle S. a retrouvé des érythrocontes. Ces formations disparaissent le plus souvent au cours du traitement par le foie. Dans quelques rechutes sévères, survenues chez les malades qui avaient cessé le traitement, les érythrocontes, par contre, ont reparu. Dans ces conditions, l'absence d'érythrocontes chez des malades apparemment atteints d'anémie pernicieuse qui n'ont pas été traités rend le diagnostic discutable. Dans un cas, en particulier, il s'agit d'un individu qui, depuis 2 ans, pâlit et présente tous les signes hématologiques de l'anémie pernicieuse; mais la recherche des érythrocontes est négative; en présence de cet état de choses, on procède à des examens répétés aux rayons X et on finit par découvrir les signes d'un cancer circulaire du pylore.

Cependant la présence d'érythrocontes n'est pas une preuve absolue d'anémie pernicieuse, car ces formations existent parfois dans la leucémie de Leube avec tendance mégalocytaire. S. a retrouvé, depuis ses dernières recherches, 3 nouveaux cas de ce genre, ce qui porte leur nombre total à 9. En outre, dans 3 cas d'anémie sévère, d'étiologie inconnue, il a été constaté également des érythrocontes. Il en a été constaté aussi dans un cas où il y avait simplement une forte irritation toxique des érythrocytes sans mégalocytose. D'autre part, Lauda et Flaum en ont retrouvé dans un cas d'ictère hémolytique et dans un cas d'intoxication saturnine.

En terminant, S. discute quelques opinions émises au sujet des érythrocontes. Il constate que ces productions sont beaucoup plus faiblement azurophiles que les *Bartonella*; il conteste qu'on ait démontré qu'elles ne peuvent être des germes vivants et qu'on n'en retrouve que dans les hématies polychromes. Il conclut en disant que la nature de ces productions est encore hypothétique, mais que leur importance est grande.

P.-E. Morhardt.

BRUNS' BEITRÄGE zur KLINISCHEN CHIRURGIE (Berlin, Vienne)

Liebig. *Résultats de la cardiolyse dans l'enfance* (*Bruns' Beiträge zur klinischen Chirurgie*, tome CXLVIII, fasc. 2, Décembre 1929). — Les indications de la cardiolyse sont: la péricardite adhésive et la médiastino-péricardite. On peut dire que, chez les enfants, les péricardites s'observent dans plus du tiers des cas après le rhumatisme articulaire; après le rhumatisme, les causes les plus fréquentes sont la tuberculose et la pneumonie. Les lésions qui peuvent en résulter sont très variables, depuis les simples adhérences jusqu'aux concrétions calcaires péripéricardiques. Chez l'enfant, la thoracectomie précordiale ou opération de Brauer est l'intervention de choix, car sa technique est simple et ses résultats encourageants.

Dans ces huit dernières années, il a été opéré de la sorte 11 enfants, qui ont pu être suivis, à la Clinique de Breslau. Il est indiqué de les soumettre auparavant à un traitement médical pré-opératoire consistant en repos au lit, digitaline et diurétiques, pour diminuer la dyspnée, l'oligurie, les œdèmes et l'hépatomégalie.

L'âge auquel ces enfants ont été opérés a varié entre 2 et 10 ans; le plus jeune avait 15 mois et le plus âgé 14 ans. Dans les antécédents on a pu relever le rhumatisme dans 5 cas, la grippe dans 2 autres, la pneumonie dans 1 et enfin, dans 3 autres cas, on n'a pu retrouver aucune étiologie précise. Tous ces enfants présentaient une grave atteinte de leur système cardiaque, de la cyanose, des œdèmes des membres inférieurs, de l'hépatomégalie et enfin une déformation thoracique très accentuée.

La technique opératoire est des plus simples. L. indique seulement que l'on peut observer, après l'incision arciforme, des accidents de sphacèle sur les bords du lambeau; aussi préconise-t-il une incision longitudinale le long de la 5e côte. Le périchondre et le périoste ont toujours été enlevés très facilement, sans blessure de la plèvre.

Aussitôt après l'opération, l'amélioration est manifeste: régularisation du pouls, diminution de volume du foie, rétrocession des œdèmes et augmentation du volume des urines. Si on recherche les résultats à distance, on voit que 4 malades seulement ont survécu, mais avec un résultat très satisfaisant. Etant donné l'état dans lequel se trouvaient la plupart de ces enfants avant leur opération, il n'est pas étonnant qu'un certain nombre d'entre eux aient été emportés par une aggravation des troubles primitifs, malgré l'amélioration immédiate post-opératoire.

J. Sénèque.

Marcus. *Suture de la veine cave inférieure et opération de Trendelenburg chez une malade; considérations sur les traumatismes indirects suivis de rupture de la veine cave* (*Bruns' Beiträge zur klinischen Chirurgie*, tome CXLVIII, fasc. 4, Février 1930). — Une femme, en descendant du wagon, est tamponnée brusquement d'arrière en avant et fait une chute très violente sur le ventre.

Cette blessée, âgée de 39 ans, se présente avec tous les symptômes d'une grande hémorragie interne; elle est aussitôt opérée sous anesthésie générale. On pratique une incision d'exploration sus- et sous-ombilicale; on découvre une grande quantité de sang libre dans la grande cavité abdominale, mais on peut se rendre facilement compte que le foie et la rate sont indemnes. Il existe une déchirure importante dans le mésentère au niveau de l'iléon terminal, mais pas de lésion d'une grosse artère. En prolongeant l'incision jusqu'à la symphyse pubienne on peut se rendre compte que le sang provient de la région rétropéritonéale, mais on ne peut pas en découvrir l'origine. Après avoir pratiqué un tamponnement avec une compresse, on peut observer, sur la face antérieure de la veine cave inférieure, l'existence d'une plaie de 1 cm. à 1 cm. 1/2 de longueur, au voisinage du pédicule rénal. Après avoir assuré une hémostase provisoire avec des pinces de Péan, on pratique la suture avec des aiguilles paraffinées, et la plaie est ainsi entièrement suturée. L'examen du rein droit ayant montré un arrachement de l'uretère, on vérifie que le rein du côté opposé existe bien, et l'on termine en pratiquant une néphrectomie droite. Transfusion de sang post-opératoire.

Quinze jours après cette opération, apparition d'une thrombose de la veine fémorale droite; la malade est mise au repos absolu. Au vingt-cinquième jour apparition d'une embolie pulmonaire; au bout d'une heure ou deux, le pouls se remonte et la malade est ainsi observée pendant toute la nuit; au matin, l'état général s'est aggravé et la mort paraît imminente; les extrémités sont froides, le pouls carotidien est à peine sensible. On pratique aussitôt l'artériotomie de l'artère pulmonaire: incision sur le bord gauche du sternum, résection des 2e et 3e cartilages costaux, double ligature des vaisseaux mammaires internes, réclinaison du cul-de-sac pleural sans l'avoir ouvert, ouverture du péricarde, mise en place de la sonde de Trendelenburg et ouverture de l'artère pulmonaire sur 1 cm. de longueur; on extrait ainsi deux gros caillots dans la branche droite de l'artère, puis également dans la branche gauche; oblitération momentanée de la brèche artérielle entre le pouce et l'index; après 40 ou 60 secondes, les battements du cœur et les mouvements respiratoires reprennent; on explore à nouveau, et l'on peut extraire derechef deux gros caillots; oblitération de l'artère avec deux doigts; injection d'adrénaline dans le ventricule gauche; pincement de l'artère pulmonaire et suture; fermeture de la brèche péricardique et de la peau sans drainage. L'ensemble des caillots extraits mesurait 22 cm. dans la branche droite et 16 cm. dans la branche gauche.

Les suites opératoires sont d'abord bonnes, puis au 4e jour la température monte, et une pneumonie se déclare du côté gauche; cette température s'élève, à 41° le 6e jour, et la malade meurt.

L'autopsie montra que la suture de la veine cave avait parfaitement tenu ainsi que celle de l'artère pulmonaire; lésions de broncho-pneumonie dans les deux poumons; quelques petits caillots étaient encore visibles à la périphérie, résultant probablement de la fragmentation de l'embolus principal.

J. Sénèque.

EDINBURGH MEDICAL JOURNAL

David M. Greig. *Scoliose congénitale et dolichocéphalie comme défauts de développement associés* (*Edinburgh medical Journal*, n. s., tome XXXVI, n° 12, Décembre 1929). — Chez une fillette âgée de 8 ans, atteinte d'idiotie congénitale avec diplégie en flexion et rigidité, incontinence des sphincters, incapable de manger toute seule, de parler ou de s'asseoir, G. a observé l'association des malformations squelettiques suivantes: scoliose congénitale, rachischisis postérieur extensif avec probablement moelle bifide, dolichocéphalie, bassin de forme primitive, suppression et fusion des côtes d'un côté avec malformation des côtes du côté opposé et sternum difforme. Ces anomalies ne lui paraissent pas indépendantes l'une de l'autre: les malformations seraient interdépendantes et la conséquence d'un trouble de développement vertébral initial.

Le trouble primitif doit dater d'une période très précoce de l'embryon, avant la 3e semaine de la vie intra-utérine. L'embryologie expérimentale montre que la croissance peut être troublée à cette époque par plusieurs facteurs tels que la température, une substance chimique, l'influence des rayons X ou du radium. Puis vient une longue discussion sur la nature du trouble de développement initial et l'enchaînement des faits qui réalisent l'ensemble complexe des malformations observées.

Robert Clément.

ARCHIVOS DE MEDICINA Y CIRURGIA Y ESPECIALIDADES (Madrid)

J. Diaz et S. Cuenca. *Etudes sur l'asthme bronchique; asthmes polliniques en Espagne et étude de la flore asthmogène d'Espagne* (*Archivos de Medicina, Cirugia y Especialdiades*, tome XXXII, n° 1, 4 Janvier 1930). — Comme dans nos pays, les crises d'asthme pollinique sont très fréquentes en Espagne. Pour restreindre les fastidieuses recherches de l'antigène, les auteurs ont eu l'heureuse idée d'établir le tableau des plantes à incriminer en les groupant suivant l'époque de la pollinisation. Il est donc très facile, grâce à ces tableaux, de poser un diagnostic étiologique exact en 3 ou 4 essais. Des traits plus ou moins gras, plus ou moins ombrés indiquent la fréquence relative des intolérances et l'abondance relative de ces pollens à une époque déterminée.

M. Nathan.

E. G. Morales. ***Modes de réaction psychique à la malaria spontanée et à la malariathérapie*** (*Archivos de Medicina, Cirugia y Especialidades* tome XXXII, n° 4, 22 Janvier 1930). — Ce n'est pas sur des paralytiques généraux mais sur des schizophrènes et, dans un cas, sur un délire de persécution sénile, que l'auteur a pratiqué l'impaludation. Il a obtenu chez 3 malades un bon résultat, — une guérison pour ainsi dire sociale, — dans un cas une amélioration temporaire, dans un dernier cas un résultat nul.

Comment expliquer l'action du paludisme en pareille occurrence?

Tout d'abord le choc, par action colloïdoclasique, puis la sensation de la maladie qui inquiète le malade et le pousse à « défendre son moi ». Cette défense du moi réveille le psychisme du schizophrène: il est parfois possible d'utiliser ce réveil pour pratiquer une psychothérapie rééducative intensive. Ainsi s'expliqueraient les résultats. Il est difficile de parler d'un mécanisme curatif à proprement parler organique, puisque rien n'est moins bien établi que les lésions anatomiques de ladite maladie.

A la fin de cet article, l'auteur consacre quelques pages à l'étude des psychoses d'origine paludique. En réalité, il n'y a pas de tableau à proprement parler dicté par l'étiologie: chacun réagit au paludisme spontané suivant sa propre équation personnelle. M. Nathan.

G. Garelly. ***Quelques considérations relatives au traitement de l'acidose infantile*** (*Archivos de Medicina, Cirugia y Especialidades*, tome XXXII, n° 4, 22 Janvier 1930). — L'acidose est très fréquente chez l'enfant. Sa séméiologie est essentiellement polymorphe: formes vomitives, fébriles intermittentes, angineuses, nerveuses, abdominales simulant l'appendicite, asthmatiques. La grande chose est d'y penser toujours et, au moindre doute, de chercher dans les urines l'acétone et les acides diacétiques, dans le sang le chiffre du *pH* et de la réserve alcaline. Toutefois le traitement est une pierre de touche et G. cite, en particulier, des cas de méningite tuberculeuse qui avaient tout d'abord simulé l'acidose avec acétonurie; ce n'est que tardivement que la maladie a jeté le masque.

Le diagnostic acquis, le traitement est avant tout diététique: suppression des graisses à molécules lourdes, des graisses animales en particulier, suppression des aliments riches en lipoïdes (poissons à l'huile, viandes de conserve, foies gras, cacao, chocolat, etc.). Le lait sera donné avec grande prudence.

La médication alcaline sera appliquée de façon intensive sous la forme de Vichy Grande-Grille, à des doses variables suivant l'âge des sujets. On y joindra les extraits opothérapiques hépatiques et pancréatiques, ces derniers alternant de dix en dix jours.

La crise aiguë réclame le traitement insulinique avec alimentation riche en hydrates de carbone et suivant une posologie proportionnée à l'âge des sujets. On y joindra les alcalins en abondance.

M. Nathan.

THE LANCET
(Londres)

E. Falkner-Hill. ***La rachianesthésie: critique de la méthode de Pitkin*** (*The Lancet*, CCXVIII, n° 5551, 18 Janvier 1930). — F.-H. a fait plusieurs rachi suivant la technique de Pitkin, avec la spinocaïne.

Il conteste d'abord la nouveauté de la méthode: rien n'est nouveau, sauf l'utilisation d'une substance rendant indiffusible la novocaïne et diminuant sa toxicité (Pitkin ne s'est jamais targué d'avoir tout inventé, au contraire).

La strychnine, suivant F.-H., serait plus nuisible qu'utile: il a obtenu des résultats au moins égaux avec une spinocaïne sans strychnine.

La piqûre d'éphédrine n'abolit pas la crise hypotensive: cependant celle-ci atteint d'ordinaire des proportions beaucoup moindres.

La contrôlabilité de l'anesthésie est également critiquée: en fait, elle ne semble pas absolue.

Enfin, la substance colloïde amylacée, nommée « amyloprolamine » par Pitkin, a incontestablement une action efficace sur la diffusion et la toxicité de la novocaïne: mais pour F.-H. cette action ne serait pas supérieure, par exemple, à celle de la dextrine.

R. Rivoire.

T. C. Hunt. ***L'action de l'alcool sur la glycémie du diabète*** (*The Lancet*, CCXVIII, n° 5551, 18 Janvier 1930. — Depuis longtemps on discute sur la valeur de l'alcool dans le régime des diabétiques. De nombreux auteurs ont constaté une diminution de la glycosurie après l'absorption de vin ou d'alcool; mais les avis sont très partagés sur les modifications de la glycémie de ce fait. H. a entrepris des expériences précises et a constaté que l'absorption d'alcool en quantités modérées diminuait sensiblement la glycémie du diabétique, au cours du jeûne. Cette action de l'alcool s'observe une heure environ après l'ingestion, temps suffisant pour que celui-ci ait été absorbé: ce n'est donc pas une action sur les voies digestives, mais bien une action sanguine.

Le mécanisme de cette action n'est pas élucidé. Peut-être l'alcool agit-il sur les îlots de Langherans et détermine-t-il une hypersécrétion modérée d'insuline? En tout cas, cette action de l'alcool sur la glycémie des diabétiques peut expliquer peut-être l'activité indubitable d'un grand nombre d'extraits de plantes, communément employés dans le traitement du diabète: ces extraits sont tous en effet des extraits alcooliques.

Dans le régime du diabétique, il est peut-être utile, en tout cas sans danger, de donner une ration alcoolique journalière de 15 à 30 gr.

R. Rivoire.

B. Mackenna. ***Le traitement du lupus érythémateux par le bismuth*** (*The Lancet*, CCXVIII, n° 5552, 25 Janvier 1930). — Pendant très longtemps, le lupus érythémateux a été considéré comme une affection cutanée persistante, contre laquelle n'existait aucun traitement actif. Depuis quelques années, quelques remèdes nouveaux ont été préconisés, dont l'action est certaine: les sels d'or, le novar, le bismuth.

La médication bismuthique, née en France à la suite des travaux de Nicolas et de Sézary, semble la plus active et la moins dangereuse. M. rapporte 24 cas de lupus érythémateux traités par cette méthode: il employait un sel insoluble ou du bismuth colloïdal, à la dose de 30 à 40 centigr. de bismuth métal par semaine. Les résultats furent excellents dans presque tous les cas, surtout lorsqu'il s'agissait d'une atteinte récente. Il y eut assez souvent des récidives, qui guérirent aussi par une reprise du traitement.

L'action du bismuth dans le traitement du lupus érythémateux n'est certainement pas spécifique, car cette maladie n'est pas syphilitique. Probablement le bismuth agit en désensibilisant le malade.

Les résultats de M. concordent tout à fait avec ceux des auteurs français. R. Rivoire.

MONATSSCHRIFT UNGARISCHER MEDIZINER
(Budapest)

Zoltan von Dalmady. ***Le problème de la sensibilité au changement de temps*** (*Monatsschrift ungarischer Mediziner*, tome III, n°s 7-9, 1929). — Les modifications du temps sont tellement fréquentes qu'on rencontre beaucoup de difficultés et de causes d'erreurs à les comparer à d'autres phénomènes apériodiques, et il paraît vraisemblable que beaucoup de ces comparaisons reposent sur une appréciation erronée. Néanmoins, des individualités comme Goethe, Helmholtz, Arrhenius, dont les observations sont si importantes, se sont déclarées comme sensibles au changement de temps et on ne peut, selon D., mettre en doute leur parole.

Ce n'est d'ailleurs pas une maladie déterminée, mais une propriété constitutionnelle de certains organismes qui rend sensible. Pour D., cette sensibilité, qu'on a attribuée au sympathique ou aux parois vasculaires, rappelle surtout les phénomènes allergiques. Les sensations éprouvées doivent correspondre à une modification matérielle quelconque. On accuse d'abord les modifications de la pression atmosphérique. Mais celles-ci sont beaucoup trop faibles pour intervenir. Les changements de pression atmosphérique de plus de 10 mm. sont rares, et il suffit de monter deux étages dans une maison pour en éprouver une semblable. D. n'accepte pas non plus la théorie de Frankenhaeuser pour qui les sinus de la face, du fait d'une communication très étroite avec l'extérieur, donneraient lieu à des déséquilibres plus ou moins durables au moment des changements de pression. En effet, au moment du föhn, le trouble manifesté par le variomètre, qui devrait traduire cet état de déséquilibre, ne coïncide pas avec les malaises ressentis. D'un autre côté, beaucoup d'auteurs ont insisté sur le fait qu'on sent l'approche d'une dépression plus que la dépression elle-même; c'est-à-dire que l'organisme éprouverait des sensations au moment où les fronts froids ou plus rarement les fronts chauds se déplacent selon la théorie de Bjerkne et de son école. Ce serait en particulier surtout avec la première vague d'un front Boe que coïncideraient les sensations de changement de temps. Dans tous les cas, à ce moment, il y a déplacement des masses d'air comme on peut le mettre en évidence en consultant les cartes météorologiques où l'on voit, par exemple, qu'au milieu du continent se trouve une masse d'air qui, 10 jours auparavant, s'étendait sur le Groenland.

Ces nouvelles masses d'air doivent donc avoir une autre composition que les anciennes. Il ne peut d'ailleurs pas s'agir d'un changement dans le taux de l'oxygène qui ne dépasse jamais 0,5 pour 100. Parmi les déplacements d'air de ce genre, le föhn est le plus connu puisque, dans les régions où il se fait sentir, les délits sont moins sévèrement punis quand ils sont commis dans une période où ce vent souffle. Pour Kestner, ce qui caractériserait ces nouvelles masses serait une richesse anormale en N^2O ou en NO, gaz qui s'observe en avant du front Boe et qui donne peut-être son odeur caractéristique au föhn. A cela viennent peut-être s'ajouter les émanations des puisards et des égouts qui se multiplient dans certaines circonstances.

Mais il peut intervenir aussi des substances solides en suspension dans l'atmosphère, comme le montre le fait que certains asthmatiques éprouvent déjà l'influence du pollen des graminées sur des vapeurs à 100 km. des côtes. Or, la pureté et la transparence de l'air se modifient beaucoup avec les déplacements des fronts par suite de modifications colloïdo-physiques. Ces modifications s'observent à l'intérieur même des locaux puisque, dans certaines usines, on constate que, suivant le temps qu'il fait, la poussière peut être plus ou moins abondante (sucreries).

Simultanément, les propriétés électriques de l'atmosphère se modifient. Mais on ne semble pas jusqu'ici être arrivé à prouver que l'électricité atmosphérique ait un effet sur l'organisme. Par contre, on doit songer à l'électricité qui intervient puissamment dans les propriétés physiques de l'atmosphère à l'égard des particules en suspension. La fumée s'abat avant les changements de temps puisque la conductibilité électrique décharge les particules et leur permet de s'agglomérer. On observe aussi que le lait caille davantage au moment des changements de temps, de même que, selon l'observation de H. Much, les solutions colloïdales précipitent plus facilement à de certains jours. Il est donc possible que cette sensibilité pour le temps qui se gâte résulte également des modifications physico-colloïdales de l'air. On sait, d'ailleurs, que Storm Van Leeuwen modifie l'état des tuberculeux pulmonaires, des coquelucheux, comme des asthmatiques, en purifiant l'air et, d'autre part, les affections rhumatismales sont considérées, par beaucoup d'auteurs, comme de nature anaphylactique. Cependant, le rhumatisme est surtout fréquent dans les régions dépourvues de poussière, dans les caves, dans les cavernes où l'air est d'ailleurs beaucoup plus radio-actif et beaucoup meilleur conducteur de l'électricité. Ainsi, la pureté de l'air et l'absence de poussière serait défavorable

pour le rhumatisme et c'est à la précipitation des poussières atmosphériques que serait due la sensibilité au changement de temps.

P.-E. Morhardt.

ACTA MEDICA SCANDINAVICA
(Stockholm)

G. Nylin (Stockholm). ***Variations périodiques dans la croissance, le métabolisme basal et la capacité en oxygène du sang des enfants*** (*Acta medica scandinavica*, Supp. XXXI, 1929). — On sait depuis longtemps que la croissance des enfants ne se fait pas uniformément pendant l'année, mais qu'il existe une certaine périodicité dans le développement physique. C'est ce que vient confirmer le consciencieux travail de N., basé sur l'examen de très nombreux enfants d'âge préscolaire et scolaire. La périodicité dans la croissance durant l'année ressort bien des multiples statistiques faites. L'accroissement de la taille présente 2 maxima, l'un très marqué pendant la période Mars-Mai, l'autre moindre, mais net, de Novembre à Janvier; 2 minima s'observent, l'un de Septembre à Novembre, l'autre de Janvier à Mars. Dans l'ensemble l'accroissement du poids présente des variations inverses de celles de l'augmentation de la taille, le maximum de l'augmentation de cette dernière coïncide avec un minimum dans l'accroissement du poids et inversement.

N. a recherché expérimentalement l'influence de la lumière sur la croissance et constaté que les bains de lumière (lampe à vapeur de mercure) la stimulaient, tout en occasionnant un retard dans l'augmentation du poids.

En dehors de la périodicité dont il vient d'être question, il en existe encore une autre, d'origine probablement endogène, chez les garçons, en ce sens qu'une forte augmentation de la taille ou du poids durant une période est toujours suivie d'une faible augmentation de la taille et du poids respectivement pendant la période suivante.

L'étude du métabolisme basal chez 8 enfants d'âge préscolaire montra une périodicité étroitement liée à la périodicité dans l'augmentation de la taille, les périodes de grande croissance correspondant à des élévations du métabolisme. Les recherches poursuivies chez un enfant de 6 ans dont la taille, le poids et le métabolisme basal furent déterminés tous les 2 jours établissent qu'il y a une relation évidente entre l'accroissement de la taille et le métabolisme, ces 2 éléments étant à leur maximum pendant l'époque de l'année où la radiation solaire est à son apogée.

La capacité en oxygène du sang des enfants d'âge préscolaire et d'âge scolaire présente également une périodicité; elle est à son minimum durant la période obscure de l'année et à son maximum durant la période ensoleillée. Le maximum et le minimum de la capacité en oxygène montrent un retard de plusieurs mois sur les valeurs correspondantes du métabolisme basal.

N. discute longuement les causes de cette périodicité, examinant successivement les facteurs extrinsèques (alimentation, école, influences climatiques tels que rayonnement solaire, pression atmosphérique, température, humidité, etc.) et les facteurs endogènes, sécrétions internes en particulier. Tout en reconnaissant que ses recherches n'apportent pas la solution définitive du problème de la croissance, il estime qu'elles viennent confirmer l'opinion que la croissance au cours de l'année est un phénomène périodique de nature endogène, mais influencé par des facteurs extrinsèques variables, le plus actif semblant être la lumière.

P.-L. Marie.

ACTA CHIRURGICA SCANDINAVICA
(Stockholm)

Olle Hultén. *Sur les fractures indirectes des têtes tibiales, avec étude radiologique de l'articulation du genou* (*Acta chirurgica scandinavica*, tome LXVI, supplément 15, 1929). — Cet important travail de 170 pages contient de belles radiographies et de nombreux schémas; il est consacré à l'étude des fractures indirectes des condyles tibiaux et comporte une étude expérimentale de ces fractures.

Les fractures *par séparation* peuvent n'atteindre qu'un condyle ou être bicondyliennes ; le péroné est en général indemne.

Les fractures *par compression*, moins graves au point de vue articulaire, s'accompagnent le plus souvent de fractures de la tête du péroné. Le diagnostic clinique et radiologique des petites fractures par écrasement est particulièrement délicat.

L'étude expérimentale montre que les lésions ligamentaires sont minimes dans les grosses fractures. Cela explique que la plupart des fractures condyliennes ne laissent pas de trouble fonctionnel car ce sont les lésions ligamentaires qui entraînent les conséquences graves au point de vue fonctionnel, l'articulation ballante.

Le diagnostic radiologique des lésions ligamentaires se fait par transillumination et surtout en constatant la mobilité anormale des surfaces.

Le traitement est en général l'immobilisation dans un plâtre après réduction éventuelle non sanglante.

L'intervention sanglante n'est indiquée qu'après échecs répétés ou lorsqu'il y a déformation « en cupule ».

Le rétablissement fonctionnel intégral a été obtenu dans 7 cas de fracture du condyle latéral; les résultats sont moins bons dans 5 autres cas. L'invalidité consécutive à ces fractures est toujours due à des lésions ligamentaires ou à l'enfoncement d'un condyle. Les exostoses sont fréquentes dans les fractures par séparation, rares dans les autres. On n'a observé aucun cas d'arthrite déformante.

Robert Clément.

SCHWEIZERISCHE MEDIZINISCHE WOCHENSCHRIFT
(Bâle)

A. Jezler. ***La réaction de Takata comme procédé de diagnostic différentiel dans l'examen des liquides retirés par ponctions, notamment dans l'ascite*** (*Schweizerische medizinische Wochenschrift*, tome LX, nº 3, 18 Janvier 1930). — La réaction de Takata est fondée sur le fait qu'un sel d'oxyde de mercure, additionné de fuchsine, précipite, dans certaines circonstances, en présence d'albumine. Cette réaction, destinée primitivement à faire le diagnostic entre pneumonie lobaire et lobulaire, a été appliquée par J., à l'instigation de Staub, au sérum de malades atteints d'une affection du foie. Tous ceux qui ont eu une réaction positive sont morts au cours de l'observation et des lésions parenchymateuses du foie ont été vérifiées à l'autopsie.

Il était donc naturel de pratiquer cette réaction sur le liquide d'ascite. Pour cela, dans 8 petits tubes à essai, on met 1 cmc d'une solution de chlorure de sodium à 0,9 pour 100 Puis, dans le premier tube, on ajoute 1 cmc du liquide d'ascite. De ce mélange, on prend 1 cmc qu'on ajoute au second tube et ainsi de suite, de telle sorte que les concentrations du liquide à examiner vont du premier au dernier tube comme 1 : 2 jusqu'à 1 : 256. On ajoute alors à chaque tube 0,25 cmc d'une solution de soude à 10 pour 100 et enfin 0,3 cmc du réactif mercuriel de Takata fraîchement préparé. La lecture se fait le plus commodément au bout de 24 heures et alors on apprécie la hauteur du précipité, car un trouble simple n'a pas de signification. La réaction est positive quand la floculation est survenue dans 3 tubes consécutifs à partir du 3e, celui où la concentration est de 1 : 8.

Avant d'être utilisé, le liquide d'ascite doit être débarrassé de ses éléments figurés. Il peut être conservé pendant des semaines avec du thymol ou sur la glace.

Cette réaction a été pratiquée dans 37 cas. Elle fut 16 fois négative il s'agissait de tuberculose péritonéale, de péritonite pneumococcique, de pancréatite hémorragique, de stase cardiaque, de métastase cancéreuse du foie, de carcinomatose primitive du péritoine, de tumeur maligne de l'ovaire et enfin, 2 fois de cirrhose du foie. La réaction a été positive 20 fois, exclusivement chez des malades atteints de lésions cirrhotiques du foie. Comme contrôle, on a utilisé de l'exsudat ou du transsudat pleural, du liquide d'œdème, de kyste ou d'épanchements articulaires (19 cas) sans que la réaction ait jamais été positive. Ainsi, quand il y a floculation, on peut conclure à une lésion cirrhotique sévère du parenchyme hépatique.

Les 2 malades cirrhotiques qui ont présenté une réaction négative ont quitté l'hôpital très améliorés ; chez l'un une opération de Talma avait été pratiquée.

Dans un cas où l'on croyait avoir soumis à la réaction un liquide d'origine pleurale qui avait donné une réaction positive, on s'est aperçu, en fin de compte, qu'on avait ponctionné, à travers le diaphragme très remonté dans la cage thoracique, un liquide d'ascite chez un cirrhotique.

En somme, cette réaction a un pronostic sévère, surtout lorsqu'elle se produit pour les concentrations faibles. Elle est probablement en relation avec la composition des albumines contenues dans le liquide et doit témoigner d'une diminution du quotient albumine/globuline.

P.-E. Morhardt.

BRATISLAVSKÉ LEKARSKE LISTY
(Bratislava)

Polak et Sumbal (Bratislava). ***Contribution au problème de l'hormone cardiaque*** (*Bratislavske Lekarske Listy*, tome X, nº 4, Avril 1930). — Le problème de l'hormone cardiaque n'est pas encore, jusqu'à maintenant, résolu expérimentalement.

La substance hormonale hypothétique est contenue dans tout le système de propulsion du cœur et dans les fibres de Purkinje. Les cordes tendineuses aberrantes du cœur de porc sont composées exclusivement de fibres de Purkinje. Les extraits de ces faux tendons exercent sur le cœur une action inotrope et chronotrope positive, mais les résultats expérimentaux ne sont pas uniformes. Sur des cœurs isolés de grenouilles, l'influence des dits extraits n'est que minime, parfois même tout à fait nulle. L'examen histologique des extrémités des tendons montre qu'ils sont surtout actifs lorsque les fibres de Purkinje renfermaient un grand nombre de granulations, analogues à celles trouvées dans les glandes endocrines.

Les extraits de la région du nœud sinusien et l'extrait des fibres de Purkinje, injectés à des chiens par la voie intraveineuse, ont pour seul effet constant et sûr un abaissement modéré et passager de la pression sanguine, qui ne saurait être attribué à une diminution de l'activité cardiaque Dans les observations faites, rien n'autorise à admettre une action excitante directe sur cette activité. Les résultats expérimentaux ne permettent pas de déterminer la nature des substances qui amènent l'abaissement de la pression sanguine sus-indiqué; peut-être est-ce une histamine ou autre substance analogue.

Wagnerovà et Prokop. ***Contribution à la thérapeutique des maladies mentales par les hypnotiques*** (*Bratislavske Lekarske Listy*, tome X, nº 4, Avril 1930). — Les auteurs ont traité par le somnifène Roche 50 femmes atteintes de maladies mentales. A 35 d'entre elles le somnifène a été administré en injections intrafessières, associé à de la scopolamine et à de la morphine, à doses individuellement régressives. Les injections ont été pratiquées toutes les 24 heures pendant 2—14 jours, de façon à provoquer un sommeil prolongé ou un état de somnolence. Des doses globales maxima de 45 cmc de somnifène et 10 cmc de scopolamine-morphine n'ont jamais été dépassées. La thérapeutique a été répétée lorsqu'il en était besoin.

Ce mode de traitement a donné les meilleurs résultats dans les psychoses avec troubles moteurs et dans les états d'excitation Il est resté inopérant dans les états dépressifs, dans les formes progressives de schizophrénie et dans la mélancolie.

Une action nocive du somnifène sur l'organisme, souvent signalée dans la littérature, n'a pas été

observée; aucun cas n'a présenté de complication ou d'aggravation de l'état physique, même chez des sujets atteints de vices organiques du cœur ou des reins.

Au total, sur ces 35 malades, 31 ont quitté l'établissement guéries ou, au moins, très améliorées. Dans un seul cas (mélancolie), la malade a été rendue sans changement à sa famille, sur la demande de celle-ci; 3 cas de schizophrénie progressive, sans changement, sont demeurés en traitement.

15 femmes, atteintes de psychoses aiguës en même temps que d'affections somatiques graves (états de confusion post-opératoire, états paranoïdes suscités par des troubles organiques du cœur, troubles mentaux séniles et artérioscléreux) ont été traitées par le somnifène Roche, administré par la voie buccale, à la dose de XV à XXX gouttes dans du thé, jusqu'à concurrence de XXX à LXX gouttes par jour. Le somnifène a été ainsi bien supporté et les résultats thérapeutiques ont été satisfaisants, puisqu'il y a eu, dans les 15 cas, guérison, ou, au moins, amélioration essentielle.

ARCHIVES OF INTERNAL MEDICINE

(Chicago)

Ch. S. Keefer. ***Le cœur dans le béribéri*** (*Archives of internal Medicine*, tome XLV, n° 1, Janvier 1930). — K. a étudié le cœur chez 27 béribériques dont 15 présentaient de l'insuffisance cardiaque, un des éléments les plus caractéristiques de la maladie se traduisant à l'autopsie par de la dilatation du cœur, et surtout du cœur droit, avec de l'infiltration graisseuse et une dégénérescence modérée du myocarde.

Cliniquement, les malades se plaignaient surtout de palpitations d'effort et d'une fatigabilité extrême, l'oppression étant plutôt peu marquée. L'œdème des membres inférieurs était constant, mais il pouvait être le fait de la maladie tout autant que de l'insuffisance cardiaque. Au début, on notait une certaine tachycardie, une pression sanguine peu caractéristique, une augmentation de volume diffuse du cœur, de la faiblesse de l'impulsion de la pointe, fréquemment une accentuation du 2e bruit pulmonaire et un léger souffle systolique à la base. Pas de congestion pulmonaire ni d'augmentation de volume du foie.

Avec les progrès de la maladie, tous ces symptômes s'exagéraient : l'œdème augmentait, le foie débordait, parfois des nausées, des vomissements se montraient. Les dimensions du cœur s'accroissaient en même temps qu'on notait un thrill systolique à la pointe, un souffle systolique au niveau de la mitrale et de l'artère pulmonaire, le rythme restant toutefois normal. Les téléradiogrammes montraient un élargissement du cœur portant surtout sur le cœur droit, avec une augmentation frappante du calibre de l'artère pulmonaire et de la veine cave supérieure. L'électro-cardiogramme n'offrait rien de caractéristique. La circulation périphérique présentait d'ordinaire diverses particularités : pouls rappelant celui de Corrigan, pouls capillaire, renforcement des bruits artériels de l'humérale et de la fémorale. Ce qui était frappant chez tous ces malades, c'était le contraste entre les signes cardio-vasculaires et le peu d'importance des symptômes nerveux, qui se bornaient en général à de légers troubles sensitifs et à la perte des réflexes rotuliens et achilléens.

Avec le repos au lit et un régime alimentaire antibéribérique auquel on adjoignait de la levure, une amélioration frappante se produisit, tous les symptômes cardio-vasculaires disparaissant et les réflexes tendineux réapparaissant en dernier lieu.

K. oppose à ces malades atteints d'insuffisance cardiaque les béribériques qui n'en présentent pas, mais qui ont des troubles nerveux prédominants, tant moteurs que sensitifs. Chez ceux-ci l'examen cardio-vasculaire montra un nombre de pulsations moindre; le volume du cœur n'était augmenté que chez 3 malades; il n'existait ni souffles ni autres symptômes cardio-vasculaires; néanmoins il y avait de légères anomalies de l'électro-cardiogramme, indiquant que le myocarde est atteint avant que les symptômes d'insuffisance cardiaque se montrent.

K. attribue ce contraste au fait que les sujets atteints de troubles nerveux légers ont gardé leur capacité musculaire, continuent à se livrer à leurs occupations et surmènent ainsi leur muscle cardiaque placé en état de moindre résistance du fait du déficit en vitamine B. Celui-ci semble bien déterminer des altérations du myocarde, se traduisant par l'augmentation de volume du cœur et la diminution du pouvoir contractile, la conductibilité étant troublée légèrement dans quelques cas, mais restant normale en règle générale. Ces constatations illustrent bien le rôle du régime alimentaire et de l'exercice musculaire dans les cardiopathies en général.

P.-L. Marie.

J. Goldwyn. ***Effet du sommeil hypnotique sur le métabolisme basal*** (*Archives of internal Medicine*, tome XLV, n° 1, Janvier 1930). — Benedict, Carpentier, Speck, etc., ont déjà montré que l'activité intellectuelle augmente légèrement le taux du métabolisme. Il en est de même des états émotionnels intenses. Grafe et Meyer ont étudié le métabolisme basal de sujets en état de sommeil hypnotique et auxquels ils suggéraient des émotions diverses, et en ont conclu que les émotions peuvent augmenter le métabolisme et que les émotions génératrices de tristesse l'accroissent davantage que celles qui occasionnent de la joie. Mais, jusqu'ici, l'on n'a guère étudié l'influence de l'hypnose en elle-même sur le métabolisme basal.

Chez 18 sujets sains volontaires, G. a essayé d'obtenir, par l'hypnotisme, une détente psychique et physique aussi grande que possible et de déterminer l'effet de cette condition sur le métabolisme basal. En même temps, il a recherché les modifications possibles du pouls, de la respiration, de la formule sanguine et du chimisme du sang.

Dans tous les cas, il a trouvé une diminution du métabolisme basal pendant le sommeil hypnotique accompagné de suggestions tendant à produire une inaction mentale et physique. La diminution varia entre 0,6 et 8,3 pour 100 et fut en moyenne de 3,88 p. 100. Le pouls et la respiration eurent tendance à diminuer tandis que la pression, la formule et le chimisme du sang ne présentèrent pas de modifications constantes pendant l'hypnose.

P.-L. Marie.

E. F. Copp. ***Métabolisme du calcium dans le rhumatisme toxique*** (*Archives of internal Medicine*, tome XLV, n° 1, Janvier 1930). — C. a étudié quotidiennement pendant plusieurs semaines le métabolisme de calcium chez 2 malades atteintes d'arthrite toxique (C. range dans cette catégorie l'ostéo-arthrite hypertrophique, l'ostéo-arthrite atrophiante et l'association de ces deux états qui comprend notre rhumatisme déformant et l'arthrite rhumatoïde).

Chez la première malade il s'agissait d'ostéo-arthrite hypertrophique. Pendant les 2 semaines où elle reçut une alimentation normale, on constata une rétention de Ca (1 gr. 17). La semaine suivante, avec un régime pauvre en Ca (moins de 200 milligr. par jour), le bilan du Ca devint négatif (perte de 2 gr. 57). Les 9 jours suivants on donna le même régime et, de plus, XX gouttes d'acide chlorhydrique à 10 pour 100 3 fois par jour, ce qui augmenta le pourcentage du Ca excrété par l'urine et amena une légère diminution du Ca perdu par l'organisme. Les 6 jours suivants, on donna avec le même régime la même dose d'acide phosphorique; la perte de Ca diminua beaucoup. Les 10 jours suivants on remplaça cet acide par 3 gr. de salicylate de soude par jour; il y eut une augmentation de l'élimination du Ca surtout urinaire, comparable à celle trouvée avec l'acide chlorhydrique. Enfin, les 6 jours suivants, on donna 30 gr. de bicarbonate de soude par jour; la quantité de Ca excrétée par l'urine baissa notablement bien que le Ca total éliminé de l'organisme se montrât encore augmenté (perte de 1 gr. 67). La calcémie se montra presque constante pendant tout ce temps (10 milligr. 8 à 11 milligr. 2).

La seconde malade étudiée parallèlement était atteinte d'ostéo-arthrite atrophiante, avec décalcification prononcée des os. En 11 jours d'alimentation normale, elle perdit 4 gr. 88 de Ca. Ensuite, avec un régime pauvre en Ca donné pendant 25 jours, la perte de Ca devint telle que l'on y substitua une alimentation relativement riche en Ca; le bilan du Ca de négatif devint positif (rétention de 3 gr. 69 en 10 jours). Un régime plus riche en Ca fit augmenter la rétention du Ca qu'accrut encore l'adjonction d'acide phosphorique tandis qu'avec le bicarbonate de soude le bilan devint moins positif, l'influence de l'acide chlorhydrique se montrant intermédiaire entre celle des deux médicaments ci-dessus. Le salicylate de soude n'exerça que peu d'effet sur le bilan du Ca, l'élimination par l'urine augmentant toutefois.

Durant toute l'observation la calcémie resta pratiquement invariable (10 milligr. 8).

En somme, le régime se montra capable de modifier le bilan du calcium chez ces malades. L'acide phosphorique amena une rétention ou une meilleure utilisation du Ca. Tous les acides employés augmentèrent proportionnellement la quantité du Ca éliminé par l'urine.

P.-L. Marie.

LA SEMANA MEDICA

(Buenos Aires)

Molinelli et Vaccarezza. ***Le liquide céphalo-rachidien dans la lèpre*** (*La Semana médica*, An. XXXVII, n° 5, 30 Janvier 1930). — Sur 69 lépreux anciens et récents les auteurs ont, avec une technique des plus serrées et dans les conditions toujours les mêmes, pratiqué l'examen du liquide céphalo-rachidien.

Qu'il s'agit de lèpre nerveuse ou tuberculeuse, tous les examens — cytologiques, chimiques, bactériologiques — se sont toujours montrés négatifs. La tension était également normale. La réaction de Wassermann a toujours été négative dans le liquide céphalo-rachidien; 17 fois elle a été positive dans le sang. La réaction de Lange a été négative dans 65 cas, 4 fois légèrement anormale, mais de façon nullement concluante.

En résumé, rien à tirer, dans la lèpre, de l'examen du liquide céphalo-rachidien.

M. Nathan.

ARCHIVOS DE OFTALMOLOGIA DE BUENOS AIRES

M. Balado et P. Satanowski. ***Traitement chirurgical de l'atrophie papillaire*** (*Archivos de Oftalmologia de Buenos Aires*, tome IV, n° 12, Décembre 1929). — C'est le second cas du même genre que l'auteur a traité chirurgicalement.

Il s'agit d'un sujet de 35 ans dont la vision a diminué à tel point qu'il peut à peine distinguer le jour de la nuit. L'examen ophtalmoscopique révèle une atrophie blanche de la papille avec légère augmentation de son excavation physiologique.

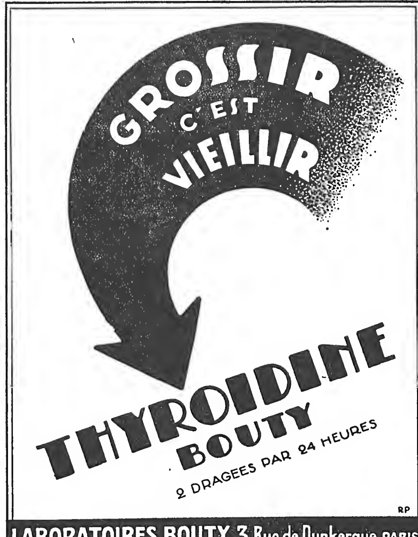
Aucun symptôme neurologique, sinon une légère diminution des réflexes tendineux. Wassermann négatif dans le sang. La ventriculographie est également négative.

On se résout à intervenir. On trouve au niveau d'un des lacs arachnoïdiens un épaississement méningé de la dimension d'un grain de blé qui file vers la gaine optique droite. On l'enlève. L'examen histologique ultérieur démontra qu'il s'agissait d'une néoformation des cellules endothéliales. On ouvre la gaine, le nerf se montre légèrement rouge et aminci.

Les suites opératoires sont excellentes. La vue s'améliore au point que le malade peut se conduire seul et de l'œil droit compter les doigts à 1 m. et à 4 m. avec des verres cylindriques.

Ces résultats sont nettement encourageants et justifient l'intervention dans des cas semblables.

M. Nathan.


GROSSIR C'EST VIEILLIR
THYROIDINE
BOUTY
2 DRAGEES PAR 24 HEURES
RP
LABORATOIRES BOUTY. 3, Rue de Dunkerque. PARIS


dans les
Hypertensions
et tous les
États spasmodiques de la musculature lisse
OLÉTHYLE-BENZYLE
Benzoate de Benzyle chimiquement pur
GOUTTES
XX gouttes, 2 à 4 fois par jour
GÉLULES
Une à 4 gélules par jour
AMPOULES
Une à 2 ampoules par jour en injections sous-cutanées
LABORATOIRE CENTRAL DE PARIS
122, FAUBOURG SAINT-HONORÉ
R.C. PARIS 134.569


la Passiflorine
uniquement composée d'Extraits Végétaux
ATOXIQUES
Passiflora incarnata
Salix alba
Cratœgus oxyacantha
est le TRAITEMENT PHYTOTHÉRAPIQUE des ÉTATS NÉVROPATHIQUES
ANXIÉTÉ
ANGOISSE
INSOMNIE NERVEUSE
TROUBLES FONCTIONNELS DU CŒUR
TROUBLES DE LA VIE GÉNITALE
Laboratoires G. RÉAUBOURG
1, Rue Raynouard - PARIS (XVIe)

REVUE DES JOURNAUX

BORDEAUX CHIRURGICAL

Bégouin (Bordeaux). ***Cancer du col et hystérectomie abdominale élargie : résultats de 10 à 25 ans (statistique intégrale)*** (*Bordeaux chirurgical*, t. I, nº 1, Avril 1930). — La proportion de guérisons persistant au bout de *5 ans* que donne la chirurgie dans le cancer du col utérin nous est connue par de nombreuses statistiques; mais on en trouve peu faisant connaître la proportion de guérisons qui se maintiennent *plus de 10 ans* et jusqu'à *15 et 20 ans*. C'est pourquoi B. publie la statistique de toutes ses opérations de Wertheim faites de 1904 à 1918 et qui, arrêtée en 1929, donne des résultats de *10 à 25 ans*.

Nombre des opérées, 75 — Morts opératoires, 6 (8 pour 100) — Perdues de vue, 29 — Suivies, 40, dont mortes, 20; vivantes et bien portantes, 20 (50 pour 100), soit 5 depuis plus de 20 ans, 5 depuis plus de 15 ans, 5 depuis plus de 12 ans, 5 depuis plus de 10 ans.

Toutes ces malades ont été opérées par hystérectomie élargie avec dissection des uretères, sans ligature de l'hypogastrique. Beaucoup avaient un cancer déjà avancé et, pour quelques-unes de celles qui sont restées guéries, une diminution de la mobilité utérine avait fait porter le plus mauvais pronostic. La biopsie n'a pas toujours été faite, mais, après l'hystérectomie, l'examen macroscopique a toujours été fait, et, toutes les fois où un doute quelconque pouvait exister, on a procédé à l'examen histologique.

Ainsi, d'après cette statistique, il est acquis que 50 pour 100 — la moitié — des cancéreuses du col ayant survécu à l'opération peuvent rester guéries. C'est ce même pourcentage qu'on retrouve dans 8 autres statistiques provenant de différents chirurgiens et publiées par Heyman dans son rapport au Congrès de la Société de Chirurgie scandinave de Juin 1927. Le pourcentage des guérisons après 5 ans ne le dépasse d'ailleurs guère que de 5 pour 100 au maximum. Cet écart si faible entre la proportion des guérisons après 5 ans et celles après 10 ans provient de la rareté des récidives lorsque 5 années se sont écoulées; il ne doit pas surprendre, puisque c'est sur la connaissance de ce fait clinique que s'est établie la règle, aujourd'hui classique, d'attendre 5 ans après les opérations pour cancer avant d'en publier les résultats éloignés.

Et, confirmant bien cette donnée, B. dit n'avoir trouvé, dans de nombreux travaux statistiques qu'il a consultés à l'occasion de son article, que 7 récidives entre 5 et 10 ans, sur 1.881 opérées suivies, auxquelles il en doit ajouter 2 qu'il a observées chez deux de ses opérées, à la 6e et à la 9e année, soit 9 récidives entre 5 et 10 ans sur 1.956 opérées. Après 10 ans, il n'a trouvé mention que d'une seule récidive sur une des 1.500 opérées de Wertheim.

Les récidives dans le cancer du col sont donc exceptionnelles après 5 ans et, après 10 ans, elles sont tellement rares qu'on peut considérer qu'après ce laps de temps une opérée de cancer du col reste définitivement *guérie*. J. Dumont.

LE JOURNAL DE MÉDECINE DE LYON

A. Leulier, Sédallian et Clavel. ***La chimie et les toxines microbiennes*** (*Le Journal de Médecine de Lyon*, tome XI, nº 248, 5 Mai 1930). — On sait que, sous le nom de « toxines », les biologistes ont coutume de désigner une série de substances, inconnues dans leur essence même, et susceptibles de provoquer chez l'animal des intoxications plus ou moins complexes, mais variables de façon spécifique pour chacune d'elles.

Si les doses sont convenablement calculées ou, mieux, si la toxicité est suffisamment atténuée, l'injection des toxines fait apparaître, dans le sérum des animaux traités, d'autres corps, de composition inconnue, « appelés antitoxines », qui neutralisent spécifiquement *in vitro* et *in vivo* les toxines dont ils dérivent.

In vitro, la neutralisation est en relation étroite avec des phénomènes de floculation qui peuvent servir à une étude quantitative des toxines et des sérums (Nicolle, Césari, Debains, Ramon).

D'autre part, on soupçonne que les toxines sont très probablement de nature protidique et, en raison de leur extrême activité et d'autres analogies, on les a comparées aux diastases.

On connaît l'action de certains agents physiques ou chimiques sur l'ensemble ou une partie de leurs propriétés; c'est ainsi que l'action ménagée de certains réactifs fait disparaître la nocivité sans toucher au pouvoir antigène (« cryptotoxines » de H. Vincent, « anatoxines » de Ramon).

Mais, aussi bien pour les toxines que pour les antitoxines, les acquisitions de la biochimie pure sont très restreintes, quoique les phénomènes déterminés par ces « causes » aient été largement étudiés et plus largement encore utilisés. C'est pourquoi, malgré un nombre considérable de difficultés, faciles à prévoir *a priori*, L., S. et C. ont tenté d'aborder le problème chimique des toxines en localisant leurs efforts sur le poison diphtérique.

Leurs recherches ont porté sur la fraction biologiquement active d'une toxine très nocive, isolée par abaissement convenable du pH. Ils ont essayé de préciser non seulement la nature chimique du précipité obtenu, mais encore ses relations avec le bacille générateur.

D'autre part, une étude sur le cobaye leur a permis de constater que le floculat concentrait sous un très faible poids de substance (100 à 200 milligr.) toutes les propriétés nocives et antigènes d'un litre de toxine primitive.

L'action ménagée du formol les a conduits à dissocier, comme il fallait s'y attendre après les travaux de Lowenstein et de Ramon, le pouvoir toxique et les propriétés antigènes. Cependant, dans ces expériences, ils ont pu mettre en évidence le rôle nécessaire des protides étrangers et plus particulièrement de ceux que renferme normalement le bouillon Martin. Enfin ils ont démontré que, dans les phénomènes d'adsorption entre toxine et antitoxine, ces mêmes protides intervenaient pour une très grande part.

De leurs recherches il découle que la toxine diphtérique s'apparente aux nucléoprotéides qui conditionnent sa toxicité, sans paraître nécessaires à la conservation des propriétés immunisantes qui sont vraisemblablement liées à une autre substance inconnue. L., S. et C. poursuivent des recherches pour élucider cette deuxième partie du problème.

S. Doubrow et Policard. ***Du rôle des facteurs locaux dans l'évolution de la tuberculose pulmonaire : comportement et importance des substances fondamentales conjonctives*** (*Le Journal de Médecine de Lyon*, tome XI, nº 248, 5 Mai 1930). — La tuberculose réalise au niveau des poumons de multiples aspects morphologiques : tantôt elle se présente sous forme de nappes fibrineuses ou de plages caséeuses, d'aspect banal; tantôt elle se caractérise par la présence de follicules giganti-cellulaires; fréquemment, d'ailleurs, ces deux processus coexistent.

Cette pluralité d'aspects s'explique par la texture histologique du tissu qu'envahit le bacille de Koch. Lorsque le bacille entre directement en contact avec le réseau alvéolaire pulmonaire, une exsudation fibrineuse plus ou moins étendue représente le premier stade évolutif de la tuberculose; c'est du sort réservé à ce moule fibrineux initial que va dépendre le mode évolutif de la tuberculose. Trois éventualités sont possibles : 1º la caséification totale; — 2º l'enkystement fibreux avec apparition secondaire de follicules giganti-cellulaires (traduction morphologique d'un ralentissement du processus tuberculeux, qui reste néanmoins progressif dans son évolution); — 3º l'homogénéisation de la substance fondamentale conjonctive qui est le seul véritable processus de guérison. Cette substance homogène peut subir une imprégnation minérale (tubercule crétacé) et parfois même, semble-t-il, une raréfaction ultérieure avec régénération du tissu pulmonaire normal. Lorsqu'au contraire le bacille pénètre d'emblée au sein d'une atmosphère conjonctive collagène suffisamment dense (paroi vasculaire ou tissu scléreux), ce tissu réagit par la formation de follicules giganti-cellulaires.

Ce sont, en définitive, la nature et le sort des substances fondamentales conjonctives locales qui déterminent l'évolution et les formes anatomiques de la tuberculose pulmonaire.

DEUTSCHE MEDIZINISCHE WOCHENSCHRIFT

(*Leipzig*)

E. Gœrisch. ***La thérapeutique de résorption par inhalation dans ses applications pour le traitement du mal de mer*** (*Deutsche medizinische Wochenschrift*, tome LVI, nº 6, 7 Février 1930). — Les progrès dans la thérapeutique par inhalation ont montré qu'elle n'agissait pas seulement localement sur la muqueuse nasale, mais qu'elle permettait l'absorption d'une substance active, la voie respiratoire pouvant par conséquent être employée comme complément des voies digestive ou sous-cutanée.

La résorption se fait remarquablement vite par la muqueuse bronchique, de telle sorte que ce mode de traitement est susceptible d'applications intéressantes.

La division des particules, la masse de vapeur employée et le volume de liquide auquel elle correspond, la quantité de substance active utilisée, tous ces facteurs conservent leur importance dans la thérapeutique par inhalation.

L'état physico-chimique des préparations employées n'est donc pas indifférent, et ceci explique la nécessité d'utiliser des appareils précis.

Ce mode de traitement a été expérimenté pour lutter contre les affections respiratoires.

On l'a proposé aussi pour faire absorber de l'insuline. L'inhalation de quinine contre la grippe, de quinine et de quinidine dans les troubles du rythme cardiaque a donné quelques résultats favorables.

Récemment, les préparations de nauséatine I et II ont été essayées par inhalation contre le mal de mer.

La *nauséatine I* contient un dialysat de valériane, belladone, scopolamine et papavérine en solution glycérinée.

La *nauséatine II* comporte des extraits hormoniques surrénaux et hypophysaires dilués dans une solution de chlorure de calcium, glycérine et eau de menthe.

G. a eu l'occasion d'utiliser ces produits personnellement et de les faire employer par de nombreux médecins de bateaux; il dispose actuellement de 2.000 observations environ comportant 4.000 inhalations avec une moyenne de 73 pour 100 de succès. Cependant des réserves sont à établir du fait des variations des symptômes des divers malades, des régressions spontanées, des multiples facteurs qui entrent en ligne dans le déterminisme et la durée du mal de mer.

Même en tenant compte de ces objections, G. considère que la méthode inhalatoire est pratique, utilisable facilement, fréquemment efficace, et qu'il y a intérêt à en conseiller l'essai sur une large échelle. G. Dreyfus-Sée.

Harms et Grünewald. ***Traitement de la tuberculose pulmonaire par le régime sans sel*** (*Deutsche medizinische Wochenschrift*, tome LVI, nº 7, 14 Février 1930). — Pratiquer des essais d'application du régime de Sauerbruch-Herrmansdorfer de façon prolongée et sur un grand nombre de cas paraît im-



BENZOATE DE BENZYLE

ANTISPASMODIQUE PUISSANT

ABSENCE DE TOXICITÉ ET D'EFFETS SECONDAIRES NUISIBLES

ADMINISTRATION FACILE
DIGESTION AISÉE

2 PRÉSENTATIONS :

RHODAZIL SOLUTION
EN FLACONS COMPTE-GOUTTES

RHODAZIL CAPSULES
EN ÉTUIS DE 50

SOCIÉTÉ PARISIENNE D'EXPANSION CHIMIQUE
"SPÉCIA"

MARQUES POULENC FRÈRES & USINES DU RHÔNE
86, RUE VIEILLE DU TEMPLE - PARIS - 3ème

possible à cause du dégoût rapide des malades pour cette alimentation.

Cependant H. et G., chez les quelques bacillaires qui ont consenti à se soumettre au régime, se sont efforcés d'étudier avec précision les modifications biologiques essentielles qui avaient été signalées par les auteurs de la méthode.

1° L'augmentation de poids n'a été observée que dans quelques cas. Elle était minime, pas plus considérable que celle que présentent les sujets soumis aux régimes habituels plus simples à établir et mieux acceptés ;

2° Dans aucun cas l'état pulmonaire n'a été influencé de façon favorable ;

3° Aucune amélioration des tuberculoses viscérales ni osseuses n'a été constatée ;

4° La vitesse de sédimentation des hématies est accélérée pendant la cure mais revient à la normale dès que celle-ci est terminée ;

5° La teneur du sérum sanguin en chlore n'est nullement modifiée ; les urines conservent la même concentration ionique en hydrogène.

Non seulement l'amélioration ne survient pas, mais, chez un certain nombre de malades (5 cas), une aggravation nette s'est produite pendant la durée du régime et paraît avoir été déterminée par les troubles digestifs dus à l'alimentation. La diététique anormale peut donc altérer le fonctionnement physiologique et, de ce fait, être à l'origine d'une aggravation de l'état général. H. et G. considèrent en définitive qu'elle ne constitue ni un progrès thérapeutique, ni même un traitement équivalent aux méthodes habituelles, et qu'elle peut parfois être dangereuse.

G. Dreyfus-Sée.

A. Eckstein, H. Herzberg-Kremmer et K. Herzberg. ***Recherches cliniques et expérimentales sur l'encéphalite vaccinale*** (*Deutsche medizinische Wochenschrift*, tome LVI, n° 7, 14 Février 1930). — 1° *Partie clinique*, A. Eckstein. — La découverte du virus vaccinal dans le sang et les humeurs des sujets présentant de l'encéphalite vaccinale n'est valable qu'en tenant compte des modifications normales survenant lors de l'évolution d'une vaccination simple. E. a étudié une série de 21 sujets, nourrissons, enfants ou adultes, vaccinés ou revaccinés, et 3 cas de vaccination avec manifestations nerveuses pathologiques.

Parmi les 14 primo-vaccinés, 8 ont eu des réactions atypiques fébriles ou n'apparaissant pas dans les délais habituels. Deux nourrissons, vaccinés une première fois sans succès, ont présenté, 5 semaines après, lors de la revaccination, une réaction précoce typique attestant un certain degré d'immunité. La fièvre vaccinale n'avait pas de caractère spécial ; l'étude de l'image sanguine n'a pas non plus apporté d'élément nouveau.

Surtout E. a recherché le virus vaccinal dans le sang et le liquide céphalo-rachidien. La plupart des résultats positifs dans le sang se produisaient vers le 6e ou 8e jour, coïncidant avec le maximum des symptômes cliniques. Dans le liquide céphalo-rachidien, le virus n'a été décelé que dans un cas d'encéphalite vaccinale ; les 18 autres sujets avaient une réaction négative.

Dans le sang, le virus fut mis en évidence 8 fois sur 17 cas entre le 3e et le 13e jour après l'inoculation, 1 fois dans un cas d'encéphalite vaccinale au 17e jour. Le virus a été retrouvé dans le sang à plusieurs reprises chez quelques sujets, une seule fois chez d'autres. On l'a décelé chez des enfants avec évolution vaccinale typique, sans fièvre ou avec élévation thermique très modérée. On peut donc admettre que le virus circule dans le sang dans tous les cas de vaccination efficace. Les résultats négatifs observés lors des revaccinations sont vraisemblablement dus à l'évolution accélérée des réactions qui ne permet pas de mettre en évidence le court stade de passage dans le sang, mais les cas d'encéphalite lors des revaccinations constituent pour E. un argument en faveur de l'analogie des phénomènes sanguins de première vaccination et de revaccination. Le virus dans quelques cas a pu être retrouvé dans les amygdales.

E. insiste sur l'absence normale de virus céphalo-rachidien opposée à sa présence dans le sang. Ces faits lui paraissent confirmer l'hypothèse d'une infection générale normalement déterminée par la vaccination et susceptible parfois de gagner les espaces sous-arachnoïdiens en déterminant l'encéphalite vaccinale.

2° *Partie expérimentale*, Herzberg-Kremmer et Herzberg. — Les auteurs exposent leur technique et donnent le détail des résultats expérimentaux et des précautions prises pour éviter les causes d'erreur.

Le virus vaccinal a été recherché après enrichissement par passage dans le testicule d'un lapin. L'injection des leucocytes isolés a été le plus souvent pratiquée de préférence à l'injection de sang total. Les testicules inoculés étaient extirpés le 6e ou 8e jour, broyés, et injectés sous les cornées d'un lapin.

Pour les 21 sujets vaccinés 101 examens de sang ont été ainsi pratiqués et 19 examens de liquide céphalo-rachidien, avec les résultats consignés plus haut.

G. Dreyfus-Sée.

KLINISCHE WOCHENSCHRIFT

(Berlin, Francfort, Münich, Vienne)

M. Rosenberg. ***La thérapeutique du diabète insipide par poudre à priser avec différentes préparations du lobe postérieur de l'hypophyse*** (*Klinische Wochenschrift*, tome IX, n° 4, 25 Janvier 1930). — L'administration d'extrait de lobe postérieur de l'hypophyse sous forme de poudre à priser a été inaugurée, selon R., par Blumgart en 1922. Elle rend des services d'autant plus que l'administration de cette substance doit être très fréquemment répétée dans la journée, sans qu'on puisse jamais atteindre des doses élevées. D'autre part, depuis qu'on a distingué, dans le lobe postérieur, une hormone qui agit exclusivement sur la musculature de l'utérus (pitocine, orasthine) et une hormone qui élève la pression du sang, excite la musculature de l'intestin et inhibe la diurèse (pitressine, tonéphine), la thérapeutique du diabète insipide est entrée dans de nouvelles voies et on s'explique que, dans quelques cas, les femmes atteintes de cette maladie aient pu accoucher tout à fait normalement.

Pour évaluer la quantité de substance active contenue dans les préparations qu'il a utilisées, R. a eu recours à l'unité Vœgtlin, bien que ces préparations soient théoriquement dépourvues de toute action sur l'utérus. Cette manière de faire semble cependant légitime parce qu'il existe un rapport constant entre les deux hormones du lobe postérieur.

Sur une première malade, les effets des diverses préparations utilisées (au nombre de 6, y compris des suppositoires) ont donné des résultats assez variables et surtout nets quand les doses étaient élevées (12 à 20 unités Vœgtlin). Dans un second cas, des constatations analogues ont été faites. Mais, dans un 3e cas, toutes les préparations introduites par voie nasale ont été absolument sans résultat, tandis que, par voie sous-cutanée, les résultats étaient favorables. Dans un 4e cas, au contraire, les résultats ont été généralement assez favorables, davantage par voie sous-cutanée que par voie nasale et moins encore par les suppositoires ; en prisant 3 fois par jour, la malade obtient un effet d'une durée de 4 heures environ chaque fois, depuis 8 mois.

Pour que ce traitement donne des résultats, il est nécessaire que la cavité nasale ne soit pas malade. Jusqu'ici, la préparation la mieux tolérée a été, selon R., le pituigan desséché et mêlé à du sucre de lait très pur. Les doses doivent correspondre en moyenne à 8 ou 10 unités Vœgtlin. Sous forme de suppositoires, l'action est plus faible. On remarque également que ces préparations déterminent par voie nasale une augmentation de la pression.

P.-E. Morhardt.

A. Seitz. ***Intoxication expérimentale par le thallium*** (*Klinische Wochenschrift*, tome IX, n° 4, 25 Janvier 1930). — S. a particulièrement étudié les modifications sanguines que provoque le thallium administré par diverses voies à plusieurs animaux de laboratoire.

Chez le lapin, l'injection intraveineuse de 0,2 cmc d'une solution à 1 pour 100 de thallium détermine, à partir de la 4e, une augmentation des lymphocytes, des polychromatophiles et des hématies qui prennent la coloration vitale. Par contre, les granulocytes sont absents, contrairement à ce qui s'observe dans l'intoxication expérimentale par le plomb, métal qui fait apparaître des basophiles très rapidement. En appliquant le thallium par le moyen d'une pommade sur la peau rasée, on observe de la polychromasie, mais pas de granulocytes. Après la mort, qui survient entre le 3e et le 7e jour, on constate que les vaisseaux du mésentère et de l'intestin sont injectés. L'injection sous-cutanée détermine des troubles gastro-intestinaux dans 66 pour 100 des cas. La sialorrhée est presque constante.

Chez le cobaye, les onctions déterminent des modifications sanguines assez semblables à celles que présente le lapin. En introduisant des doses élevées de thallium dans une poche dermique, chez ces animaux, on a constaté que c'est le nitrate de thallium qui est le plus actif. Cette méthode ne provoque pas de lésions cutanées, mais des foyers d'hémorragies et de congestion dans le poumon.

L'administration par voie entérale a été faite avec des tablettes homéopathiques d'acétate de thallium à la dilution III. A la dose de 8 tablettes par jour, on détermine au bout de 15 jours une alopécie marquée chez le cobaye qui meurt au bout de 3 semaines. Les lésions sont analogues à celles qu'on observe avec les autres modes d'administration. Il en est de même chez les lapins qui, cependant, manifestent des paralysies, et chez les rats. Par la méthode des inhalations de solutions de thallium pulvérisées, on n'a pas déterminé de troubles différant de ceux qui sont observés avec les autres procédés ; tandis que, dans les mêmes conditions, des pulvérisations de plomb provoquent de la basophilie.

Le thallium apparaît assez rapidement dans les déjections, mais ne s'emmagasine ni dans les viscères ni dans les os. L'élimination avec les déjections serait moins rapide après injections intraveineuses qu'après onctions.

P.-E. Morhardt.

A. Steiner-Wourlisch. ***Quelques cas inhabituels d'idiosyncrasie*** (*Klinische Wochenschrift*, tome IX, n° 5, 1er Février 1930). — Dans le premier cas, il s'agit d'une femme qui possède depuis 20 ans une plante réputée pour chasser les mites — *Plectranthus funticosus* (l'Hérit) — et qui présente un eczéma aigu. En appliquant une feuille de cette plante sur la peau saine et en la recouvrant d'un imperméable, on provoque une réaction eczémateuse intense qui guérit à peu près en même temps que l'eczéma lui-même, c'est-à-dire en 18 jours. Sur 78 malades, on a pu observer de la sensibilité pour cette plante 2 fois légère et 1 fois d'une façon nette. Cette sensibilité paraît donc assez répandue.

Dans un second cas, il s'agit d'une malade de 18 ans qui se présente avec un eczéma aigu de la face et de l'avant-bras droit. Cette malade a été, 2 ans auparavant, sensibilisée pour la primevère par friction de l'avant-bras droit avec un extrait éthéré de feuilles de primevère. Récemment, cette malade s'est trouvée, au cours d'un enterrement, plus ou moins en contact avec des primevères, ce qui montre que sa sensibilisation a subsisté pendant tout ce temps.

Dans une 3e série de cas, c'est la quinine qui est en cause. Une fois il s'est agi d'une préparation à base de quinine (togal) prise à l'intérieur contre des douleurs et qui a provoqué un exanthème eczématoïde bien que d'ordinaire la quinine à l'intérieur provoque des éruptions surtout exanthémateuses. La patiente se montre d'ailleurs très sensible à l'application cutanée d'une solution de quinine.

Dans un autre cas, il s'agit d'une femme qui s'est appliquée des ovules à base de quinine pour combattre des pertes blanches. Elle présente un exanthème de presque tout le corps, mais surtout marqué aux cuisses et aux grandes lèvres. Cette femme est



• CROISSANCE • RACHITISME • SCROFULOSE • DIABÈTE •

CARIE DENTAIRE • TROUBLES DE DENTITION

TRICALCINE
OPOTHÉRAPIQUE



LA VÉRITABLE MARQUE

LA RECALCIFICATION
associée à
L'OPOTHÉRAPIE
par la
TRICALCINE
OPOTHÉRAPIQUE
A BASE DE SELS CALCIQUES RENDUS ASSIMILABLES
ET
D'EXTRAITS TOTAUX PLURIGLANDULAIRES
• Parathyroïdes, Moelle osseuse
Surrénales, Thymus, Foie, Rate
FIXANTS du CALCIUM

TUBERCULOSE PULMONAIRE OSSEUSE
PERITONITE TUBERCULEUSE
RACHITISME, SCROFULOSE, CROISSANCE ANÉMIE
CARIES DENTAIRES, FRACTURES, ASTHÉNIE CONVALESCENCES
et en particulier
Tous les États de **Déminéralisation**
avec **Déficience** des **Glandes Endocrines**

Littérature et Echantillons à MMrs les Docteurs
Laboratoire des Produits SCIENTIA _ Dr E. PERRAUDIN Pharmacien de 1re classe
21, Rue Chaptal _ PARIS (IXe Arrt)

J. Scelles

• DYSPEPSIE NERVEUSE • TUBERCULOSE •

sensible à des applications cutanées de quinine diluée à 1 : 100.000.

Dans un dernier cas, il s'agit d'une femme chez qui le salvarsan, puis le néosalvarsan à la dose de 0,01 gr. ont provoqué un exanthème scarlatiniforme ; 2 ans plus tard, cette femme, après avoir pria une cuillerée d'une préparation de codéine (environ 2 centigr.), présente de nouveau un exanthème qui guérit plus vite que l'exanthème dû au salvarsan. Une application d'une solution de codéine provoque une nouvelle éruption et, en diluant de plus en plus cette préparation, on arrive à constater que, dans la proportion de 1 : 10.000.000 elle est encore active. D'autres préparations opiacées (morphine, pantopon, teinture d'opium) se montrent également actives. Mais, tandis que la novocaïne et le sublimé provoquent une réaction eczémateuse, l'iode et l'allonal restent sans effet. Il s'agit donc d'un cas où l'idiosyncrasie est à la fois polyvalente et exceptionnellement intense. Il ne s'agit cependant pas d'une réaction de groupe ou banale puisque l'allonal et l'iode, ainsi que beaucoup d'autres substances, se montrent sans effet.

La transmission par le sang et la sérosité du vésicatoire selon la méthode de Prausnitz-Küstner a été essayée dans les trois derniers cas sans résultat.

P.-E. MORHARDT.

S. Lœwe et F. Lange. ***Phénolphtaléine détoxiquée*** (*Klinische Wochenschrift*, tome IX, n° 5, 1er Février 1930). — On a constaté à maintes reprises que l'emploi de la phénolphtaléine comme laxatif entraîne des troubles généraux et des lésions des reins, même à faibles doses, du fait de la résorption. Pour obvier à ces inconvénients, W. Kumichel fait une préparation d'huile minérale en émulsion stabilisée dans un mélange eau-glycérine auquel il ajoute de la phénolphtaléine finement pulvérisée qui reste en suspension. Cette préparation (agarol) a été administrée par L. et L. à des souris, concurremment avec de la phénolphtaléine pure. On a constaté ainsi qu'avec cette émulsion, la phénolphtaléine est beaucoup moins résorbée et que, par conséquent, l'intoxication par résorption est diminuée bien que l'action laxative soit augmentée en partie à cause des autres substances qui accompagnent la phénolphtaléine. Avec la phénolphtaléine pure, la dose active n'est que 7 fois plus petite que la dose toxique limite, tandis qu'avec cette préparation elle est 140 fois plus petite. Ainsi, ces essais sur la souris out montré que la phénolphtaléine peut être rendue moins toxique.

P.-E. MORHARDT.

I. St. Lorant et E. Frœhlich. ***L'action d'injections sucrées intraveineuses sur l'acétonurie dans le diabète sucré et dans le coma diabétique*** (*Klinische Wochenschrift*, tome IX, n° 5, 1er Février 1930). — Avant la découverte de l'insuline, on a employé les injections sucrées dans le coma diabétique et cette manière de faire continue à être appliquée soit à cause d'une action anti-cétonique du sucre, soit pour éviter que l'insuline ne provoque une crise d'hypoglycémie. Mais L. et F. objectent à cette manière de faire que, dans le coma diabétique, l'hypoglycémie ne constitue pas un danger, puisque l'objectif de la thérapeutique est précisément d'abaisser le sucre du sang et que l'action anti-cétonique du sucre, si elle est bien établie pour l'organisme diabétique, n'est pas certaine au cours du coma quand le fonctionnement des îlots de Langerhans est complètement arrêté.

Pour étudier cette question, L. et F. ont administré à un diabétique comateux 8 gr. de dextrose dans 20 cmc d'eau et dosé les corps cétoniques du sang pendant les 2 heures suivantes. Ces recherches ont montré que, une heure après l'injection, les corps cétoniques du sang s'élèvent à environ 40 pour 100 au-dessus de leur valeur initiale. Il en a été de même dans un cas de précoma. Une injection d'insuline, pratiquée en même temps que l'injection de sucre, ne modifie pas le résultat : les corps cétoniques augmentent également.

Dans le diabète non accompagné de coma, il a été constaté également que l'injection intraveineuse de sucre augmentait le taux des corps cétoniques pendant les deux premières heures, après quoi les chiffres redeviennent ce qu'ils étaient au début.

P.-E. MORHARDT.

R. Platt. ***Le traitement de la maladie de Basedow par l'ergotamine*** (*Klinische Wochenschrift*, tome IX, n° 6, 8 Février 1930). — De nombreux auteurs ont essayé de traiter la maladie de Basedow par l'ergotamine qui représente un paralysant du sympathique. Mais les résultats publiés jusqu'ici sont contradictoires et ne tiennent pas compte des effets du repos et de l'influence psychique sur les malades. C'est ce qui a amené P. à traiter 3 femmes atteintes de maladie de Basedow, au cours d'une première semaine, par le repos au lit et des injections quotidiennes d'eau stérile. Ensuite, on remplaça l'eau par de l'ergotamine à la dose de 1/4 de milligramme 2 fois par jour en injections sous-cutanées. Sous cette influence, le pouls s'est ralenti passagèrement, mais le métabolisme de base a augmenté.

Dans un cas, il s'agit d'une jeune fille de 16 ans dont l'état, pendant les 4 premières semaines du traitement, s'aggrave progressivement. De l'ergotamine, administrée pendant 12 jours aux doses habituelles, étant restée sans influence, on porte les doses à 3/4 de milligramme, 2 fois par jour, et on constate alors l'apparition d'un spasme inquiétant des vaisseaux des extrémités inférieures avec sensation de froid et de jambes mortes, cyanoses, etc. On administre de la scopolamine fréquemment, ce qui améliore très rapidement les choses.

P.-E. MORHARDT.

E. Raab et F. Wittenbeck. ***Cause et signification de l'acidose post-opératoire*** (*Klinische Wochenschrift*, tome IX, n° 6, 8 Février 1930). — Chez une centaine de femmes soumises à une intervention gynécologique sous anesthésie générale au chloroforme-éther, on a déterminé le p_H et la réserve alcaline du sang, l'acétone et l'acide β-oxybutyrique et le nombre ammoniacal d'après Hasselbalch.

Ces recherches ont montré, déjà avant l'intervention, un déplacement du p_H (7,13 et au maximum 7,50) ainsi que de la réserve alcaline (26,5 et au maximum 71,5). Après l'intervention, dans la plupart des cas, la réaction du sang est déplacée du côté acide, bien que parfois il y ait déplacement du côté alcalin surtout lorsque, avant l'intervention, les valeurs pour le p_H et la réserve alcaline du sang étaient faibles. En ce qui concerne le sucre du sang, les chiffres observés ont varié de 0,71 à 0,124 et l'augmentation constatée après l'intervention a atteint parfois 100 pour 100.

L'acide β-oxybutyrique est souvent considéré comme la cause de l'acidose post-opératoire. En tout cas, R. et W. l'ont trouvé souvent augmenté déjà avant l'opération. Mais, d'autre part, les variations de l'acide β-oxybutyrique ne sont pas toujours parallèles à celles du p_H. Cet acide peut, en effet, augmenter parfois comme la réserve alcaline. L'ammoniaque du sang a été trouvé augmenté dans presque tous les cas, de même que le nombre ammoniacal qui dépassait ou atteignait largement la limite supérieure de la normale. Néanmoins il faut admettre, pour expliquer la divergence entre le taux de l'acide β-oxybutyrique et la réaction du sang, que cet acide ne représente qu'une part des produits acides fabriqués à ce moment par l'organisme.

La cause de cette acidose doit être cherchée d'abord dans le chloroforme qui empêche le foie de transformer le sucre en glycogène. Mais, comme l'anesthésie lombaire provoque des phénomènes analogues, il faut faire intervenir l'excitation des terminaisons nerveuses du péritoine par les manœuvres opératoires. L'anxiété et l'inquiétude qui précèdent l'opération, ainsi que la période de jeûne qui lui succède interviennent également. Dans quelques cas, on observe de l'acidose sans acétonémie. Il s'agit alors d'une diminution de l'excitabilité du centre respiratoire sous l'action du narcotique.

En conclusion, R. et W. conseillent de ne pas évacuer exagérément l'intestin ou de ne pas trop laisser jeûner le malade pour le préparer à l'opération. Ils conseillent également de ne pas administrer du sucre après l'intervention puisque, à ce moment-là, le foie ne peut plus transformer le sucre en glycogène. De même, l'administration d'insuline est inutile puisque le pancréas fonctionne normalement.

Quant au bicarbonate de soude, il est sans effet. Ainsi, toutes les mesures thérapeutiques proposées contre l'acidose post-opératoire seraient nuisibles, selon R. et W. qui, sur leurs 100 malades, n'ont d'ailleurs jamais constaté que cette acidose exigeât des mesures particulières.

P.-E. MORHARDT.

L. Hirszfeld et W. Halber. ***Anticorps du cancer chez les cancéreux*** (*Klinische Wochenschrift*, t. IX, n° 8, 22 Février 1930). — Des extraits alcooliques de cancers déterminent, chez certains lapins, l'apparition d'anticorps spécifique au caractère d'haptène. La réactivité ainsi déterminée est d'autant plus faible que l'anaplasie de la tumeur est plus marquée. D'ailleurs, par injections de cancer du sein ou de l'ovaire, qui ne réagissent pas, on peut obtenir un sérum qui fixe le complément avec les cancers qui réagissent, mais pas avec les cancers homologues. Ces expériences amènent à se demander si une immunisation avec les lipoïdes du cancer est possible chez l'homme et si elle se produit par résorption de la propre tumeur. Les insuccès des expérimentateurs peuvent être d'ailleurs attribués, étant donné que tous les cancers ne sont pas susceptibles de provoquer des réactions, à une recherche défectueuse de l'antigène. Avant tout il est, en effet, nécessaire de chercher un antigène de sensibilité optima. H. et H. ont donc utilisé dans ce but une tumeur gastrique avec métastase hépatique et une tumeur du foie. Ces antigènes réagissent très bien avec le sérum anti-cancer du lapin, mais non avec le sérum de cancéreux. Il a donc fallu augmenter leur sensibilité sans diminuer leur spécificité. Pour cela, H. et H. emploient surtout des extraits cholestérinés, ce qui augmente la sensibilité de 10 à 100 fois.

Ces recherches ont montré qu'avec des antigènes convenables, on retrouve chez des cancéreux des anticorps pour le cancer. Les réactions sont, en général, très fortes et le titre du sérum atteint 1 : 300 et davantage. En cas de cancer des viscères, ces anticorps ont été retrouvés dans les 2/3 des cas. Des sérums de malades avec cancer du sein réagissent par exemple avec des extraits de cancer gastrique. Dans les diverses espèces de cancer, on retrouverait donc le même antigène.

La plupart des sérums de cancéreux ne réagissent qu'avec l'antigène du cancer, mais pas avec l'antigène du Wassermann. Les sérums de 46 syphilitiques à réaction de Wassermann positive et forte ont tous réagi avec l'antigène du cancer. D'autre part, les sérums négatifs pour le Wassermann n'ont donné une réaction positive que 7 fois sur 100. Dans 15 cas de tuberculose sévère, la réaction du cancer et la réaction de Wassermann ont été négatives. Par contre, le sérum de femmes gravides est fortement positif — 22 fois sur 33 cas —, probablement du fait de la résorption de substances provenant de l'embryon.

Actuellement, l'hypothèse qui explique le mieux la nature du séro-diagnostic de la syphilis est celle des auto-anticorps d'après laquelle la destruction tissulaire serait suivie d'une auto-immunisation. Cela n'exclut d'ailleurs pas que, dans les premiers stades de la syphilis, où des anticorps pour les spirochètes peuvent être constatés, d'autres mécanismes n'interviennent. On doit donc distinguer une immunité à l'égard de l'agent étiologique et une immunité à l'égard de la désintégration, et compter avec la possibilité que, par résorption du carcinome, non seulement des lipoïdes carcinomateux spécifiques mais aussi les antigènes des tissus normaux peuvent provoquer l'apparition d'anticorps. Or il est remarquable que les sérums de cancer gastrique réagissent tout à fait spécifiquement avec les antigènes carcinomateux, tandis que, dans les cancers du sein et de l'utérus, on obtient 20 pour 100 de réactions de Wassermann positives. On doit donc admettre que, dans les cancers de l'utérus et du sein, les lipoïdes tissu-

laires normaux agissent en plus grande quantité comme antigènes, ou encore que l'irradiation, employée en pareil cas comme traitement, a provoqué une résorption plus abondante de tissu normal.

Ces résultats n'ont pas de valeur clinique ou diagnostique comme le reconnaissent H. et H., bien que l'objectif de ces recherches soit précisément d'utiliser ces réactions dans la pratique. En tout cas, avec cette conception des maladies avec désintégration tissulaire, il apparaît des points de vue différent de ceux qui découlent de l'immunité étiologique, et ces conceptions doivent être étendues à beaucoup d'autres lésions organiques.

P.-E. Morhardt.

MONATSSCHRIFT für KINDERHEILKUNDE

(*Leipzig*)

Walter Baumann (Tübingen). ***Le traitement des troubles nutritifs et des maladies infectieuses graves par les transfusions de sang humain et par les injections de sérum humain*** (*Monatsschrift für Kinderheilkunde*, tome XLV, fasc. 6, Janvier 1930). — B. a traité des formes graves de *dystrophie du premier âge* par des transfusions sanguines généralement pratiquées dans les sinus veineux. Les résultats ont été franchement mauvais.

Trois cas sévères d'*infantilisme intestinal*, avec complications impliquant un pronostic sombre, ont été traités également par des transfusions sanguines. Le résultat a été satisfaisant dans deux cas.

B. a traité un certain nombre d'*infections pulmonaires* graves avec empyèmes ou autres suppurations, au moyen d'injections de sérum humain, à la dose journalière de 10 cmc. Qu'elles aient agi à titre spécifique ou non spécifique, ces injections ont eu une influence heureuse sur l'évolution de la maladie, car, sur 15 sujets traités, 2 seulement succombèrent.

Dans la pratique courante, il est plus simple d'utiliser le sang plutôt que le sérum. Il suffit de prélever chaque jour sur un des parents 20 cmc de sang au niveau d'une veine du bras et de les injecter immédiatement dans les muscles fessiers de l'enfant.

Sur 4 enfants atteints d'*arthrites purulentes*, ainsi traités, 2 succombèrent. 2 enfants atteints d'*endocardite sévère* furent guéris. Sur 6 enfants atteints de *scarlatine maligne*, 2 furent guéris par les injections de sang et 3 succombèrent, mais l'un de ceux-ci fut atteint d'une amygdalite gangreneuse à la suite d'une hémorragie post-opératoire sans aucun rapport avec l'injection.

La conclusion de B. est que la *sérumthérapie humaine* rend des services appréciables dans les infections graves.

G. Schreiber.

A. Borissowa (Charkow). ***Contribution à l'étude de la tension superficielle de l'urine chez l'enfant*** (*Monatsschrift für Kinderheilkunde*, tome XLVI, fasc. 1, Janvier 1930). — L'étude prolongée d'un certain nombre d'enfants permet à B. de formuler les conclusions suivantes :

Des infections légères, comme une grippe bénigne, une bronchite peu étendue et même une pyurie ou une néphrose n'abaissent que très faiblement la tension superficielle de l'urine.

Des grippes sévères avec symptômes généraux d'intoxication et compliquées de pharyngites, angines, pneumonies, pyuries ou néphroses, le typhus abdominal, la malaria au stade aigu, la furonculose, l'impétigo, tous ces états entraînent un abaissement marqué de la tension superficielle de l'urine.

Les oscillations du processus morbide dans le sens d'une amélioration ou d'une aggravation se manifestent immédiatement par des variations de la tension superficielle de l'urine et celles-ci sont décelables avant d'être confirmées par les constatations cliniques.

Une modification durable de la tension superficielle dans n'importe quel sens indique une stabilisation de l'état de l'organisme et, comme telle, elle revêt une valeur particulière au point de vue du pronostic.

A l'état normal, les névropathes présentent une diminution notable de la tension superficielle qui s'accentue au moment des périodes de crises avec anorexie ou phénomènes de spasmophilie.

La moindre infection entraîne chez les enfants névropathes une réaction rapide et accentuée du côté de la tension superficielle des urines.

Ces constatations montrent que la recherche de la tension superficielle est utile pour le diagnostic et pour le pronostic.

G. Schreiber.

Alexandra Strohl (Vienne). ***Les cellules éosinophiles à la suite des injections de sérum chez les enfants sensibles au sérum et exsudatifs*** (*Monatsschrift für Kinderheilkunde*, tome XLVI, fasc. 1, Janvier 1930). — Pendant six mois consécutifs S. a pratiqué systématiquement, dans un service de médecine infantile, l'examen du sang des enfants ayant reçu pour une raison quelconque une injection de sérum. L'examen du sang a été fait dans chaque cas avant et après l'injection.

Les recherches de S. ont porté sur 27 enfants. Normalement, on note, 48 heures après l'injection, une augmentation des éosinophiles. Mais, chez 11 sujets présentant des manifestations diverses de la diathèse exsudative, l'examen du sang a révélé un retard de la réaction éosinophile à la suite de l'injection de sérum.

Ces constatations confirment les observations faites par Schlecht sur des animaux. Elles expliquent peut-être l'hypersensibilité aux injections de sérum animal des enfants atteints de diathèse exsudative.

G. Schreiber.

ZEITSCHRIFT für TUBERKULOSE

(*Leipzig*)

Poelchau. ***Des rapports de l'adénopathie cervicale des enfants avec la tuberculose*** (*Zeitschrift für Tuberkulose*, tome LV, n° 6, 1930). — Il est banal d'observer chez les enfants des écoles, entre la 8e et la 12e année, une tuméfaction des ganglions cervicaux : P. l'a retrouvée dans 70 à 80 pour 100 des cas, siégeant plus fréquemment du côté gauche. Du volume d'un pois ou d'un haricot, ces ganglions sont de consistance ferme et ne suppurent que très rarement.

L'auteur a pratiqué chez ces enfants les différentes réactions à la tuberculine : sur 100 sujets observés, 50 présentèrent une réaction positive, ce qui n'excède pas la proportion habituellement constatée sur 100 sujets pris au hasard.

Il est difficile, devant ces résultats, d'invoquer une étiologie tuberculeuse ; il y a lieu d'incriminer des infections du naso-pharynx, si fréquentes à cet âge. Il serait également inexact de rattacher ces modifications à la scrofule, terme vague et peu significatif.

G. Basch.

H. Alexander. ***Contribution au problème des cavernes tuberculeuses*** (1re partie) [*Zeitschrift für Tuberkulose*, tome LVI, n° 1, 1930]. — Il importe, avant de poser le diagnostic ferme de caverne tuberculeuse, d'éliminer les causes d'erreur susceptibles d'égarer le clinicien : il est exceptionnel de retrouver au grand complet les signes classiques ; les cavernes creusées en pleine sclérose sont souvent muettes ; par contre, les déviations trachéales ont souvent une symptomatologie cavitaire. On ne saurait assez insister sur l'importance de la présence dans les crachats de bacilles et de fibres élastiques.

Du point de vue radiologique, il y a lieu d'attacher une grande importance à la constatation d'un niveau liquide et de la bronche de drainage, dont le double contour peut donner à l'ensemble l'aspect en raquette de tennis. Quand la bronche s'insère à la partie la plus déclive, les phénomènes bronchitiques sont très marqués.

Certaines images pseudo-cavitaires, dues à l'entre-croisement des ombres bronchiques, sont facilement diagnostiquées si l'on prend la précaution de faire tourner le malade.

Il convient enfin de séparer, comme très différentes quant au pronostic et au traitement, la perte de substance arrondie creusée au sein du parenchyme infiltré et la caverne ancienne et solitaire.

A ces deux catégories l'auteur en ajoute une troisième : il s'agit d'images circulaires, précaverneuses, véritables masses d'infiltration, cernées d'un sillon d'élimination qui leur confère son aspect circulaire, et dont le centre, se désagrégeant peu à peu, va finir par s'excaver. Mais il est possible de voir le processus rétrocéder à l'une quelconque des périodes de ces formations circulaires précaverneuses.

De nombreuses et très belles radiographies servent à justifier les conceptions de l'auteur.

G. Basch.

Salomon. ***Des modifications des cavernes tuberculeuses sous l'influence de la sclérose pulmonaire*** (2e partie) [*Zeitschrift für Tuberkulose*, tome LVI, n° 1, 1930]. — La résultante des deux tendances opposées du processus tuberculeux — la nécrose et la fibrose — est une véritable cirrhose pulmonaire dont le retentissement se fait sentir aussi bien sur l'arbre bronchique qu'au niveau des vaisseaux du poumon et de la cage thoracique elle-même.

Il est superflu d'insister sur les dilatations bronchiques, les déviations du cœur et des vaisseaux, les asymétries du squelette qui résultent de ce processus.

Les cavernes pulmonaires n'échappent pas à cette influence, particulièrement la caverne secondaire creusée dans un tissu d'infiltration récente, moins résistante que la caverne tertiaire protégée par une gangue fibreuse. Les spélonques sont modifiées :

a) Quant à leur forme : on note la calcification du contenu ou son remplissage par un tissu de granulation, parfois sa guérison par affrontement de ses parois, comme on l'observe dans le collapsus après pneumothorax ;

b) Quant à leur situation, la rétraction pulmonaire modifiant la position des cavités ;

c) Quant à leurs rapports avec la bronche de drainage qui peut se trouver coudée et, de ce fait, ne plus remplir son office habituel.

G. Basch.

Borschtschewsky. ***La tuberculose chez les ouvriers des manufactures de tabac*** (*Zeitschrift für Tuberkulose*, tome LVI, n° 1, 1930). — B. a poursuivi son enquête pendant 5 ans sur 1.658 ouvriers et ouvrières des manufactures de tabac de la ville d'Odessa : 691 d'entre eux présentèrent des signes de tuberculose pulmonaire. Une enquête approfondie permit de conclure que la fabrication du tabac ne constitue pas une cause prédisposante vis-à-vis de l'infection tuberculeuse.

G. Basch.

WIENER KLINISCHE WOCHENSCHRIFT

Singer. ***Du mode d'action de la thérapeutique par le foie*** (*Wiener klinische Wochenschrift*, t. XLII, n° 47, 21 Novembre 1929). — Alors que l'unanimité s'est faite sur l'action remarquable du foie dans le traitement de l'anémie, on n'a pas réussi à élucider le mécanisme de ce traitement. Trois sortes d'hypothèses ont été émises :

La première théorie suppose que l'absorption de foie agit comme un excitant des organes érythropoïétiques. Whipple et Robscheit-Robbins ont montré que des chiens anémiés par des saignées rares et abondantes ou petites et répétées présentaient une régénération sanguine bien plus importante et rapide si on les nourrissait avec du foie, de la viande, du rein, du cœur de bœuf, etc..., que si on les soumettait à un régime riche en graisses et en hydrates de carbone. En faveur de cette théorie, plaide la présence dans le sang de nombreux réticulocytes, semblant témoigner d'une excitation de la fonction hématopoïétique de la moelle osseuse. Et, cependant, dans le traitement de l'anémie expérimentale du lapin et du chien, le foie total n'agit pas mieux que n'agit l'ingestion de viande. Il s'agit donc, dans l'anémie expérimentale, d'un mode d'action banal, alors que, dans l'anémie biermérienne de l'homme, le foie, total ou en extraits, agit seul et d'une façon élective.

D'après la deuxième théorie, le régime à base de foie se comporte comme un anti-hémolytique. Eppinger, en effet, a tiré argument de la présence d'urobiline et de stercobiline chez les anémiques pour invoquer un processus d'hémolyse, le taux de ce pigment baissant dans une importante proportion au cours du traitement de Whipple. Mais, pour Jungmann, cette propriété ne serait pas particulière au foie et enfin, à l'encontre de ces constatations, Morawitz et Kühl ont montré que l'administration de viande provoque une augmentation de l'hémolyse. Il semble résulter de ces expériences contradictoires que, si le régime de Whipple amène une diminution de l'hémolyse, ce n'est pas par une action directe sur les organes qui en sont chargés.

La troisième théorie part de l'hypothèse qui permet de considérer l'anémie pernicieuse comme une maladie par avitaminose, l'extrait de foie agissant alors à la manière d'une vitamine, théorie à rapprocher de celle qui considère l'anémie de Biermer comme une intoxication à point de départ intestinal, le foie se comportant comme un antitoxique.

Morawitz a supposé que, du fait de cette avitaminose ou de cette intoxication, les organes hémopoïétiques du malade produisent des érythrocytes de qualité inférieure et voués à une destruction rapide. L'ingestion de foie agirait donc comme un ferment, seul produit spécifique capable d'assurer la production de globules rouges normaux. Cette théorie a le mérite d'expliquer que l'ingestion de foie n'agit que dans l'anémie de Biermer.

En résumé, il apparaît que le régime de Whipple agit suivant un double mécanisme : il possède une action non spécifique qu'il partage avec tout régime carné, excitant l'hématopoïèse et diminuant l'hémolyse; mais son action principale est due à un ferment spécifique présent également dans les extraits de foie et seul capable de normaliser la production des érythrocytes. G. Basch.

Krasso. *Intoxication par l'aspirine* (*Wiener klinische Wochenschrift*, t. XLII, nº 50, 12 Décembre 1929). — Parmi les corps de la série salicylée, c'est le salicylate de soude dont les effets toxiques sont connus en raison des fortes doses auxquelles ce médicament est administré : ces troubles consistent en bourdonnements d'oreilles avec diminution de l'audition, tachycardie, douleurs gastriques, état nauséeux.

De même, les fortes doses d'aspirine donnent lieu, dans certains cas, à un exanthème scarlatiniforme et parfois à un enanthème marqué. On a pu observer quelquefois des poussées thermiques sous l'influence du médicament.

K. rapporte l'observation d'une jeune femme de 25 ans qui absorba dans un but de suicide 60 comprimés d'aspirine à 50 centigr. Une heure après, apparurent des bourdonnements d'oreilles, des vomissements, une soif excessive. L'examen objectif fut négatif, à part de la rougeur de la face, de la sécheresse des muqueuses, une respiration de type Küssmaul et de l'hypotension. On retrouva dans les urines tout d'abord une faible quantité d'albumine, puis de l'urobiline. L'examen du sang montra une anémie moyenne avec hyperleucocytose.

L'évolution fut favorable. Le traitement consista en lavages d'estomac. G. Basch.

Spengler. *Pronostic de l'agranulocytose* (*Wiener klinische Wochenschrift*, tome XLIII, nº 2, 9 Janvier 1930). — Des traitements variés ont été appliqués dans l'agranulocytose : médication de choc, sérothérapie antistreptococcique, transfusion, etc., sans qu'aucune de ces thérapeutiques ait permis d'améliorer nettement le pronostic si grave de cette affection. Après von Domarus, S. relate un cas de guérison spontanée chez un homme de 28 ans ayant présenté le tableau clinique habituel : fièvre, atteinte grave de l'état général, stomatite et angine ulcéro-membraneuse, adénopathie sous-angulo-maxillaire, chute importante du nombre des leucocytes réduit à 420 par mmc dont 3,5 polynucléaires pour 100. Dès le 4e jour de la maladie, le taux des globules blancs augmenta de façon lente mais graduelle, jusqu'à atteindre 8.700 au 10e jour ; la guérison survint enfin au bout de trois semaines, après suppuration des ganglions sous-maxillaires.

Certaines particularités signalent cette observation et la séparent des formes habituelles de la maladie : il n'y eut pas d'hémorragie des muqueuses, ni de processus gangréneux au niveau du pharynx. Les variations du tableau clinique (dans l'observation de von Domarus, le point de départ de l'infection fut, non pas pharyngé, mais au niveau d'une veine des membres), la constatation de formes curables, tout cela semble confirmer la théorie de Jagic et Spengler suivant laquelle l'agranulocytose est un syndrome et non une affection autonome. La notion de guérison spontanée ne doit d'ailleurs absolument pas faire renoncer aux traitements de cette grave maladie; il y aura toujours lieu, en particulier, de tenter des transfusions sanguines. G. Basch.

Knopfelmacher. *Encéphalite post-vaccinale* (*Wiener klinische Wochenschrift*, tome XLIII, nº 4, 23 Janvier 1930). — Sucksch en Tchéco-Slovaquie, Freund, Turnbull, ont décrit les premiers cas d'encéphalite post-vaccinale et ont tenté d'en préciser les conditions d'apparition. Il n'y a pas coïncidence entre l'intensité de la réaction locale et l'apparition de manifestations méningo-encéphaliques. L'atténuation de virulence de la lymphe vaccinale, la réduction des inoculations n'en ont pas évité l'apparition, alors que la vaccination sous-cutanée ou intradermique a semblé plus favorable à ce point de vue.

L'incubation est en général de 11 à 13 jours. Il est impossible, d'après les statistiques fournies, de retrouver une prédilection nette d'âge ou de saison.

Le tableau clinique est constitué par l'apparition de maux de tête, de vomissements, de fièvre, de raideur de la nuque, de somnolence. Dans certains cas, les signes de la série méningée dominent, s'accompagnant, dans la règle, d'une réaction cellulaire du liquide céphalo-rachidien, sans coagulum fibrineux le plus souvent. Dans d'autres cas, au contraire, les symptômes encéphaliques l'emportent avec signe de Babinski, paralysies oculaires, tendance au coma. Parfois apparaissent des signes de tétanos ou d'épilepsie rendant le diagnostic plus difficile encore. Parfois enfin, les symptômes sont périphériques, réalisant une forme polynévritique, ou une forme poliomyélitique avec atrophie musculaire et R. D.

Dans les cas favorables, la guérison est totale et sans séquelles.

A l'autopsie, on trouve de la congestion des méninges et de petits foyers inflammatoires en pleine substance grise, souvent périvasculaires, aussi bien périveineux que périartériels. Au voisinage de ces foyers, se produit un processus de neuronophagie avec prolifération névroglique.

La nature de cette grave affection est des plus discutées. Certains ont invoqué une coïncidence fortuite entre la vaccine et l'encéphalite épidémique. Mais on concevrait mal que l'encéphalite atteignît avec une particulière prédilection les enfants vaccinés. On ne peut pas plus retenir la théorie suivant laquelle il y aurait adjonction à la lymphe vaccinale d'un corps toxique ou d'un microbe.

En faveur de la nature vaccinale de la maladie, plaident les arguments suivants : la fixité de la période d'incubation et les constatations anatomiques qui ont permis de retrouver le virus au niveau de l'encéphale.

L'opinion inverse est étayée au contraire par les considérations qui suivent : il y a de véritables foyers épidémiques de l'encéphalite post-vaccinale : sa fréquence est remarquable dans de petites communes d'Angleterre, de Hollande et d'Autriche ; et, d'autre part, le fait de faire venir la lymphe de pays jusque-là indemnes n'empêche pas l'apparition de la maladie dans les pays ci-dessus. Il est impossible de réaliser expérimentalement la maladie chez l'animal par vaccination, quelque massive qu'elle soit.

Glanzmann a supposé la production de phénomènes anaphylactiques locaux au niveau du système nerveux central, alors que Levaditi et ses collaborateurs invoquent l'activation du virus encéphalitique sous l'influence de la vaccination. Cette activation d'ailleurs pourrait s'exercer sur le virus poliomyélitique ou sur celui de l'herpès.

Les conséquences pratiques de ces discussions doivent tendre à pratiquer une inoculation unique et de faible surface, à ne pas multiplier les revaccinations, à utiliser une lymphe de virulence moyenne. G. Basch

Reisch. *Des conditions d'apparition de l'encéphalite post-vaccinale* (*Wiener klinische Wochenschrift*, tome XLIII, nº 4, 23 Janvier 1930). — R. relate quelques cas d'encéphalite post vaccinale survenus dans une vallée du Tyrol et s'étant manifestés particulièrement par des myoclonies. Ces secousses affectaient, non pas un muscle entier, mais un ou plusieurs faisceaux musculaires et survenaient sans rythme précis. La localisation abdominale fut fréquemment observée.

Mais une enquête approfondie, avec examen neurologique complet de plus de 300 enfants, permit de noter quelques phénomènes analogues chez des sujets non vaccinés, posant ainsi un important point d'interrogation concernant leur nature : on pouvait en effet évoquer l'hypothèse d'une chorée de Sydenham, d'une encéphalite myoclonique, d'une affection inconnue à virus neurotrope. G. Basch.

Paschkis. *Existe-t-il un ictère hémolytique acquis ?* (*Wiener klinische Wochenschrift*, t. XLIII, nº 6, 6 Février 1930). — P. relate trois cas d'ictère hémolytique acquis, du type décrit par Widal, Abrami et Brulé, dans lesquels l'enquête familiale attentive permit de retrouver chez des collatéraux des stigmates sanguins analogues.

Le 1er cas concerne un homme de 25 ans, sans antécédents personnels ni héréditaires, qui présenta un ictère hémolytique dû à la présence d'un ver solitaire. Or, le frère du malade fut trouvé porteur d'une splénomégalie importante et présentait une résistance globulaire diminuée.

Le 2e cas concerne un garçon de 14 ans, atteint d'ictère hémolytique avec anémie marquée, survenu à la suite d'une angine. On retrouva une fragilité globulaire nette chez trois frères et chez les parents du patient

P. relate enfin un 3e cas analogue au précédent.

Partant de ces faits, l'auteur s'autorise à discuter l'autonomie de l'ictère hémolytique acquis, et se demande s'il ne s'agit pas, dans la plupart des cas observés, d'un syndrome survenant à la faveur d'un trouble quelconque, chez des sujets atteints d'une maladie sanguine familiale.

Il y a lieu cependant d'accueillir avec réserve ces conclusions : d'une part, l'observation 1 comporte certains faits en contradiction avec le tableau habituel de l'ictère hémolytique acquis ; d'autre part, les anomalies relatées chez les parents des malades n'entraînent pas la conviction. G. Basch.

Reuss. *Troubles digestifs de la première enfance* (*Wiener klinische Wochenschrift*, t. XLIII, nº 6, 6 Février 1930). — L'étude de ces troubles est basée avant tout sur les anomalies des selles, mais il est bien entendu que l'interprétation sera toute différente selon qu'il s'agit d'un enfant au sein ou à l'allaitement artificiel.

Dans le 1er cas, les selles peuvent être fluides, vertes, et même un peu glaireuses, sans qu'il y ait lieu de s'inquiéter. Dans certains cas, il s'agit de suralimentation, et il faut réduire les tétées en nombre et en durée : la sous-alimentation amène très souvent de la constipation, mais parfois des selles fréquentes et très liquides.

Dans le 2e cas, les troubles digestifs, plus fréquents et plus graves, doivent être surveillés de très près : lorsqu'ils sont intenses, il faut laisser l'intestin se vider, en instituant une diète hydrique qu'il ne faut pas prolonger. On pourra donner une purge légère, le lait albumineux sera souvent bien toléré. Il y aura avantage enfin à instituer des jours sans lait, à administrer des hydrates de carbone, des puddings au riz. G. Basch.

BULLETIN DE L'ACADÉMIE ROYALE DE MÉDECINE DE BELGIQUE
(Bruxelles)

E. Lauwers (Courtrai). ***L'extirpation du corpuscule carotidien dans l'épilepsie*** (*Bulletin de l'Académie royale de Médecine de Belgique*, 5e série, t. X, nº 3, séance du 29 Mars 1930 [rapport de *V. Cheval*]). — Après avoir rappelé, dans une première partie, les notions physiologiques générales relatives à la circulation cérébrale et à la pression du liquide céphalo-rachidien, l'auteur expose les diverses théories expliquant la genèse de l'épilepsie; il conclut que la perte complète de connaissance doit être due à l'arrêt passager de la circulation cérébrale, tandis que les convulsions toniques et cloniques seraient la conséquence de l'hyperémie.

Dans la 2e partie de son travail, L. étudie la physiologie du corpuscule carotidien et propose son extirpation systématique chez l'épileptique. Le corpuscule carotidien est une formation nerveuse particulière située derrière la bifurcation de la carotide primitive, qui, par son extrémité supérieure, reçoit des filets nerveux du glosso-pharyngien, du vague et surtout du sympathique et qui, à son extrémité inférieure, porte un méso vasculaire formé par des artérioles sortant de la carotide primitive. Cet organe tiendrait d'une certaine manière sous sa dépendance le balancement entre les circulations endo- et exocraniennes. En le supprimant, on couperait une voie nerveuse commandant au réseau circulatoire cérébral et ainsi, dans l'épilepsie, sans enlever la cause épileptogène, on rendrait la grande crise impossible ou du moins difficile à déclencher.

La technique opératoire est celle qui est adoptée pour arriver à la bifurcation carotidienne. Les rameaux nerveux qui abordent le pôle supérieur du corpuscule sont dissociés et sectionnés sous le contrôle de la vue. Le pôle supérieur est ensuite saisi et progressivement attiré dans la plaie opératoire. Le méso vasculaire du pôle inférieur, qui relie le corpuscule à la carotide primitive, est enfin lié au ras de la carotide et sectionné également.

Le choix du côté à opérer est indiqué dans l'épilepsie jacksonienne; il est à l'opposé du sens de la déviation conjuguée des yeux et de la tête, car cette déviation se fait toujours du côté sain.

L. a pratiqué l'extirpation du corpuscule carotidien sur une série d'épileptiques en état de crises fréquentes (10). Tous ces sujets ont été opérés en 1927 et 1928 et les résultats se présentent par conséquent avec un recul de plus d'une année.

Au *point de vue de l'élément moteur* de l'épilepsie, l'extirpation d'un seul corpuscule a suffi pour supprimer toute manifestation convulsive dans 2 cas. L'extirpation des deux corpuscules a fait cesser toute manifestation convulsive dans 2 autres cas. Quant aux 6 autres, il n'a fallu que de petites doses d'antispasmodiques (luminal, bromure) pour compléter la suppression des crises : ces doses auraient été absolument insuffisantes dans n'importe quel cas d'épilepsie non opéré. Si l'on considère qu'avant l'intervention tous les sujets présentaient des crises fréquentes malgré l'usage de fortes doses d'antispasmodiques, on peut affirmer que le déclanchement des crises a, en tout cas, été énormément influencé par l'intervention. Dix influences aussi évidentes constituent une preuve du rôle que le corpuscule carotidien doit jouer dans le déclanchement des grandes attaques convulsives. Ce rôle est cependant secondaire; la cause intime persiste, puisqu'il a fallu, 6 fois sur 10, l'appoint d'une faible dose médicamenteuse pour supprimer toute manifestation convulsive.

L'*élément psychique* n'a guère été influencé par l'opération. La chose est d'importance, si l'on considère que la perte de la conscience constitue l'élément fondamental de l'épilepsie.

Abstraction faite du soulagement procuré aux malades par l'intervention, le résultat obtenu montre que l'appareil vaso-moteur cérébral joue un rôle important, voire prépondérant, dans le déclanchement des paroxysmes convulsifs.

J. Dumont.

THE BRITISH MEDICAL JOURNAL
(Londres)

J. Le Fleming Burrow. ***Un cas d'embolie de la bifurcation aortique traité par opération*** (*The British medical Journal*, nº 3595, 30 Novembre 1929). — Les observations d'embolies de l'aorte abdominale sont extrêmement rares, surtout celles où l'intervention a été tentée: toutes se sont d'ailleurs invariablement terminées par la mort. Il en est de même pour celle-ci, mais la mort ne survint que 48 heures après l'intervention, du fait d'une embolie centrale due au même processus thrombogène, une endocardite maligne. Le cas est particulièrement intéressant du fait que la circulation se rétablit parfaitement dans les membres inférieurs, alors qu'elle était complètement abolie depuis 36 heures et que les téguments présentaient déjà un aspect cadavérique. L'autopsie révéla que la suture aortique avait remarquablement tenu, et qu'il ne s'était pas reformé de caillot *in situ*.

R. Rivoire.

E. et A. Dickson. ***L'artério-sclérose chez les mineurs*** (*The British medical Journal*, nº 3597, 14 Décembre 1929). — Les auteurs, exerçant la médecine dans un pays minier et ayant été frappés par la fréquence extrême de l'artério-sclérose chez les mineurs jeunes, eurent l'idée d'examiner systématiquement l'appareil cardio-vasculaire de nombreux mineurs, jeunes ou vieux. L'enquête porta sur 500 personnes, et les résultats furent intéressants : dans la grande majorité des cas, il existait une induration notable des artères, plus ou moins accusée suivant l'âge du sujet. Fait curieux, cette artério-sclérose existait même chez 85 pour 100 des mineurs âgés de 20 ans et moins; proportion réellement formidable, dénotant à l'évidence l'existence d'un facteur sclérosant indubitable. Cette artério-sclérose ne s'accompagne d'ailleurs, presque jamais, d'hypertension artérielle, ni de signe subjectif; cependant, l'examen histologique de fragments artériels prélevés chez des sujets jeunes morts accidentellement révèle l'existence de lésions des parois artérielles, lésions d'un type spécial, très différentes de ce que l'on observe dans les variétés banales d'artério-sclérose.

Les auteurs ont essayé de dépister le facteur sclérosant, mais n'ont pu arriver à rien de positif : ni l'alcoolisme, ni la syphilis, ni la tuberculose, ni le tabac, ni le régime n'ont paru responsables de quoi que ce soit.

Il semble bien que ce soit le séjour dans les galeries de mines qui doive être incriminé, car la proportion d'artério-sclérose augmente régulièrement au fur et à mesure qu'augmentent les années passées au fond de la mine. Peut-être est-ce l'excès de CO^2, l'insuffisance de la proportion d'oxygène, ou bien l'absence de lumière, qui sont la cause déterminante de cette artério-sclérose professionnelle.

R. Rivoire.

Wenckebach (Vienne). ***La digitale en clinique*** (*The British medical Journal*, nº 3604, 1er Février 1930). — W., célèbre cardiologue autrichien, expose ses idées particulières sur le traitement digitalique.

En premier lieu, il utilise, non un alcaloïde extrait de la plante, mais la poudre de feuilles de digitale, qui pour lui a une action plus complète. Il n'emploie la digitaline que pour les cas urgents, en injection sous-cutanée ou intraveineuse.

Les indications de la digitale sont pour lui très simples : on doit l'administrer dans tous les cas de défaillance cardiaque, sans exception, y compris l'hypertension artérielle, l'aortite. On doit même la prescrire dans les cas s'accompagnant de bradycardie; le tout est d'y ajouter une substance qui modifie l'action fâcheuse de la digitale : par exemple, s'il y a bradycardie, on y ajoutera de l'atropine; si les œdèmes sont trop importants, on emploiera en outre un diurétique puissant, tel que le novazurol ou le salyrgan; s'il y a des troubles du rythme, on prescrira en même temps de la strychnine et de la quinine.

L'auteur explique enfin sa méthode personnelle de cure continue par la digitale, qu'il applique dans tous les cas de défaillance cardiaque sérieuse. Elle consiste en une dose de 20 à 30 centigr. de feuilles de digitale administrée *tous les deux jours*, cette méthode évitant totalement l'accumulation et laissant le malade sous l'action continue du remède. Lorsque l'état du malade est excellent, on peut ne donner la digitale que tous les 3 jours seulement, mais il ne faut *jamais suspendre le traitement*. Les résultats sont, paraît-il, excellents : il n'y a aucune accoutumance, la drogue est très bien tolérée pendant plusieurs années, l'asystolie irréductible survient beaucoup plus tardivement qu'avec l'administration discontinue de digitale. Pour l'auteur, la plus grande difficulté à vaincre est la résistance du médecin traitant : c'est lui surtout qu'il faut essayer de convaincre, afin de faire bénéficier le malade d'un traitement merveilleux.

R. Rivoire.

Wilkinson. ***L'anémie pernicieuse: communication préliminaire sur les résultats obtenus par le traitement à l'aide de certaines préparations d'estomac*** (*The British medical Journal*, nº 3605, 8 Février 1930). — L'attention de W. ayant été attirée sur l'achylie qui s'observe de façon constante dans l'anémie pernicieuse, il émit l'hypothèse que l'anémie pernicieuse serait une maladie par carence, due à ce que l'estomac serait incapable d'élaborer certaines substances nécessaires, aux dépens des albumines alimentaires : ces substances existeraient à l'état naturel dans le foie et le rein, ce qui expliquerait l'action de la méthode de Whipple. Ultérieurement, W. arriva à l'idée que la substance anti-anémique était plutôt une sécrétion de l'estomac lui-même.

En partant de cette hypothèse, il traita plusieurs cas d'anémie pernicieuse par du suc gastrique normal, par de l'estomac de porc cru, puis enfin par des extraits secs d'estomac : dans tous les cas, une guérison complète et extrêmement rapide se produisit, annoncée par une crise réticulocytaire analogue à celle obtenue par ingestion de foie.

La durée du traitement fut dans chaque cas de 5 à 9 semaines.

Les résultats sont tout à fait comparables à ceux obtenus par la méthode de Whipple : mais un avantage considérable est la possibilité d'utiliser des extraits secs, alors que l'extrait sec de foie se montre inactif, ce qui est loin d'être sans importance, étant donné la difficulté de faire accepter aux malades le foie cru.

R. Rivoire.

Burt-White, Colebrook, Morgan et Harre. ***Etude de la sensibilité cutanée à la toxine scarlatine dans la grossesse et l'accouchement*** (*The British medical Journal*, nº 3605, 8 Février 1930). — Les auteurs ont fait en grande série la réaction de Dick chez des femmes enceintes, et ont comparé la fréquence des suites de couches fébriles dans les groupes Dick-positifs et Dick-négatifs. Les essais, faits pourtant sur une grande échelle (1 000 intradermos), n'ont apporté que des résultats très discutables; les suites de couches ont été pathologiques dans 5, 9 pour 100 des cas à Dick-positif, et dans 4, 9 pour 100 des cas à Dick-négatif. La différence n'est pas suffisante pour que l'on puisse en tirer une conclusion, surtout lorsqu'il s'agit d'une méthode aussi imprécise que celle des intradermo-réactions. Aussi, quoi qu'en pensent les auteurs du travail, il ne semble pas que le fait d'avoir un Dick-positif constitue une prédisposition aux infections puerpérales.

R. Rivoire.

THE LANCET
(Londres).

J. Granville-Mac Laughlin et J. Dix-Perkin. ***Etude du bruit d'airain*** (*The Lancet*, nº 5548, 28 Décembre 1929). — Les auteurs ont étudié de façon très com-

plète le « bruit d'airain » de Trousseau, sa pathogénie, et sa valeur diagnostique. Leurs conclusions sont les suivantes :

1° La rigidité des parois pleurales joue un rôle essentiel dans la production de ce bruit : c'est pourquoi on l'entend presque constamment lorsqu'on vide un épanchement pleural et qu'on le remplace par un pneumothorax thérapeutique;

2° Le volume de la cavité pleuro-pulmonaire n'a pas une importance capitale dans la pathogénie de ces signes ; la forme de cette cavité ne joue aucun rôle ;

3° La pression intrapleurale n'est pas un facteur déterminant la présence ou l'absence du bruit d'airain, mais, en cas de pression pleurale positive, le bruit est d'ordinaire plus intense.

En somme, cliniquement, la constatation d'un signe de Trousseau indique la présence d'une cavité contenant de l'air, dont les parois sont épaisses et rigides. R. RIVOIRE.

S. C. Lewsen. *La leucémie traumatique : une observation et quelques commentaires* (*The Lancet*, n° 5554, 8 Février 1930). — Il existe dans la littérature médicale une importante série d'observations de leucémies myéloïdes consécutives à un violent traumatisme osseux. L'auteur en a rassemblé quarante, dans lesquelles l'influence du traumatisme paraît indiscutable. Dans son observation personnelle, il s'agit d'une leucémie myéloïde subaiguë, ayant débuté un mois après un violent choc sur le tibia, sans fracture. La mort survint en 52 jours.

Il semble donc que la notion d'un traumatisme récent puisse être prise en considération, jusqu'à un certain point, dans l'étiologie de la leucémie, ce qui peut être de grosse importance au point de vue médico-légal. Les traumatismes osseux ne sont d'ailleurs pas seuls à incriminer : dans plusieurs observations, c'est un coup violent dans la région splénique qui déclencha l'apparition de la leucémie. Fait intéressant, les observations sont très rares de leucémie survenue après un traumatisme n'atteignant pas les organes hématopoiétiques. *A priori* il est possible qu'une lésion traumatique légère de la moelle osseuse ou de la rate puisse, sinon provoquer, au moins déclencher, une affection comme la leucémie, dont l'étiologie reste toujours aussi mystérieuse. R. RIVOIRE.

E. C. Warnero. *Etude du métabolisme calcique dans la chorée aiguë infantile* (*The Lancet*, n° 5555, 15 Février 1930). — W. a été incité à doser la calcémie dans la chorée par le fait qu'il existe à la période aiguë de cette maladie une hyperexcitabilité électrique neuro-musculaire, analogue à celle de la tétanie.

Le dosage du calcium dans le sang fut fait par la méthode de Bainbridge et Trevan, méthode donnant le chiffre du calcium total, qui est en moyenne de 0,10 milligr. pour 100. En outre, des dosages de calcium furent faits dans le liquide céphalo-rachidien, non seulement pour étudier les variations du Ca dans un liquide si intimement lié à la nutrition du système nerveux, mais aussi parce que le dosage du calcium dans ce liquide céphalo-rachidien donne pratiquement un chiffre identique à celui du calcium diffusible du sang.

Les résultats furent concordants : dans tous les cas, diminution appréciable de la calcémie et de la calcorachie : diminution en moyenne de 12 pour 100, disparaissant progressivement pendant la guérison.

Ces faits apportent un jour nouveau dans la question de la chorée : si la nature infectieuse de la maladie n'est pas discutable, il est possible que le trouble du métabolisme calcique ait sous sa dépendance les symptômes nerveux de la maladie ; il est à remarquer en effet que les autopsies n'ont jamais révélé de lésions importantes du système nerveux central. Peut-être faut-il chercher d'un autre côté, en particulier du côté des parathyroïdes. R. RIVOIRE.

H. Avery. *Un cas d'anémie pernicieuse succédant à une érythrémie* (*The Lancet*, n° 5555, 15 Février 1930). — A. rapporte l'observation d'un malade atteint de grande érythrémie, accompagnée de crises de goutte, qui, brusquement, se transforma en anémie pernicieuse. Celle-ci s'améliora considérablement sous l'influence de la méthode de Whipple, au point que le chiffre des hématies, qui était tombé à 2,000.000, remonta à 6.000.000. Mais, quelques mois après, le malade succomba à une polysérite d'origine indéterminée. L'autopsie montra une hyperplasie considérable de la moelle osseuse, en même temps que des dépôts d'hémosidérine dans les cellules du foie.

La pathogénie de cette anémie post-érythrémique relève sans doute, non pas d'un épuisement médullaire, mais plutôt d'une hyperdestruction des hématies. L'autopsie des cas analogues a toujours révélé en effet la suractivité médullaire, sauf dans deux cas où l'anémie s'était installée à la suite d'un traitement anti-syphilitique, dont l'influence sidérante sur la moelle osseuse est connue. On peut d'ailleurs mettre en évidence, chez ces malades, une action hyperhémolysante du sérum sanguin, analogue à celle qu'on voit au cours de la septicémie puerpérale. R. RIVOIRE.

BOLLETTINO DELLA SEZIONE ITALIANA della SOCIETA INTERNAZIONALE DI MICROBIOLOGIA (Milan)

G. Tron (Milan). *Essai de vaccination locale en vue de la stérilisation des bacilles diphtériques* (*Bollettino della Sezione italiana della Società internazionale di Microbiologia*, tome II, fasc. 4, Avril 1930). — 25 porteurs, sains et convalescents, de bacilles diphtériques ont été traités par des insufflations locales, au niveau du pharynx, d'un vaccin formolé, pratiquées tous les deux jours, jusqu'à un maximum de 6 insufflations.

Le vaccin, préparé par l'Institut sérothérapique de Milan, était constitué par une émulsion dense de bacilles diphtériques dans du sérum physiologique formolé à 3 pour 1.000 et additionné de glycérine blanche bidistillée à 20 pour 100.

Deux patients n'ont pas terminé le traitement. Chez les 23 autres sujets traités on obtint les résultats suivants : 5 sur 10 porteurs convalescents ont été débarrassés des bacilles après une seule insufflation, les autres après 2 à 3 applications. Des porteurs sains, 6 ont été stérilisés après une seule application du vaccin, les autres 7 après 2 à 6 insufflations.

Un examen de contrôle pratiqué à distance (de 74 à 285 jours après la fin de la cure) a montré que, sur 23 sujets traités et stérilisés, 5 (21,7 pour 100) étaient redevenus porteurs de bacilles tandis que 18 demeuraient stériles (78,3 pour 100).

JAPANESE JOURNAL OF DERMATOLOGY & UROLOGY

Kawabe. *L'érythème annulaire centrifuge* (*Japanese journal of dermatology and urology*, t. XXX, n° 2, Février 1930). — K. a observé 3 cas d'érythème annulaire centrifuge de Darier; les placards avaient un bord érythémateux, peu ou pas infiltré, un centre cyanotique ou légèrement brunâtre et guérissaient sans laisser de traces; l'éruption était circinée ou serpigineuse sans desquamation, ni vésiculation, à évolution centrifuge. La maladie était chronique et parfois récidivante. Il n'existait aucun trouble local, rarement du prurit et jamais de signes généraux.

Les 3 cas avaient trait à des jeunes femmes de 20, 24 et 26 ans ; les poussées survenaient 3 à 4 fois par an, surtout au voisinage des règles. Le siège habituel était les extrémités et les cuisses, la symétrie était la règle. Dans un cas, on nota l'immunité locale des points primitivement atteints.

Les malades offraient habituellement une faible résistance au froid ; elles avaient des engelures l'hiver et montraient des signes de vagotonisme. Cet état constitutionnel peut favoriser l'apparition de l'érythème.

Les 3 malades avaient eu une inflammation des cavités nasales ; l'une avait souffert d'empyème ethmoïdal, l'autre de pansinusite. On notait une rougeur inflammatoire du pharynx et une tuméfaction amygdalienne.

Dans un cas, on trouva dans le sang du staphylocoque blanc hémolytique.

Pour expliquer cet érythème, K. formule l'hypothèse suivante : la cause de l'érythème est toxique ou bactérienne ; les toxines peuvent être résorbées dans les arrière-cavités nasales enflammées ; les bactéries ont pénétré par les voies lymphatiques des voies respiratoires supérieures enflammées ; les récidives peuvent être en rapport avec l'empyème. R. BURNIER.

ACTA DERMATO-VENEREOLOGICA (Stockholm)

Schwarzmann (Moscou). *La dermatose pigmentée et purpurique des membres inférieurs et le pigment hémosidérique dans la peau* (*Acta dermatologica-venereologica*) tome XI, fasc. 1, Mars 1930). — On rencontre fréquemment chez les personnes ayant dépassé la quarantaine un aspect pigmenté et purpurique de la peau des jambes ; il s'agit ordinairement de sujets ayant une lésion cardio-vasculaire (hypertension, dégénérescence du myocarde, sclérose de l'aorte).

L'un des signes les plus constants de cette affection consiste dans la distension persistante et la néoformation de capillaires veineux superficiels, dans la région du pied et des chevilles ; la distension des veines de la jambe n'est pas toujours très apparente. On note aussi des hémorragies cutanées interstitielles (pétéchies) et une pigmentation résultant de la décomposition de l'hémoglobine libre. Autour des pétéchies existe souvent une leucodermie spéciale, due à la formation d'un halo clair dépigmenté.

Le processus inflammatoire provoqué par la présence de l'hémosidérine dans la peau est accompagné d'une infiltration et d'une néoformation des vaisseaux, comme dans le granulome; ultérieurement on note une atrophie de la peau et une perte de l'élastine. Les hémorragies intradermiques, prolongées et répétées, ont pour conséquence une atrophie de la peau atteinte. R. BURNIER.

Sp. Strandberg (Stockholm). *Une kératodermie apparaissant en même temps qu'une arthropathie, blennorragique ou non, peut-elle être considérée comme l'expression d'une diathèse parakératosique* (*Acta Dermatolo-Venerologica*, tome XI, fasc. 1, Mars 1930). — Un homme de 34 ans a pour la première fois à 24 ans une blennorragie compliquée d'arthrite qui disparaît rapidement; pas de kératodermie. A l'âge de 33 ans, il souffre pendant 6 mois d'arthropathie subchronique et présente à ce moment un peu de kératodermie. A l'âge de 34 ans, il a une réinfection gonococcique compliquée d'arthropathie, et alors apparaît de nouveau une kératodermie sous forme de papules cornées, arrondies, coniques, brunâtres, disséminées sur les pieds et les jambes, ainsi que sur le gland. L'arthrite ne montre pas de tendance à l'ankylose. On ne trouve pas de gonocoques dans le sang, et des streptocoques trouvés dans un tube sont sans doute dus à une impureté.

Voici donc un malade qui a eu 2 fois une kératodermie, 1 fois sans gonorrhée, la 2e fois avec gonorrhée; dans les 2 cas, les lésions cutanées ont accompagné une arthropathie. Lors de la 1re blennorragie, il existait des signes articulaires, mais pas de kératodermie.

S. estime avec Samberger que la peau de certains malades atteints d'arthrite ou non blennorragique peut réagir sous forme de kératodermie : c'est la conception de la *diathèse parakératosique*; le facteur irritatif peut varier suivant les cas : ce peut être le gonocoque, mais aussi le streptocoque ou des toxines microbiennes ou même des irritants externes. On peut chez des malades atteints d'une soi-disant kératodermie blennorragique provoquer de nouvelles lésions cutanées par une macération avec une compresse de Priessnitz. R. BURNIER.

(N° 516)

Spina ventosa

Quand la tuberculose atteint les petits os longs de la main et du pied (phalanges, métacarpiens, métatarsiens), elle les déforme en boule ou en fuseau, soulevant les lames osseuses et donnant l'apparence d'un gonflement produit par l'insufflation d'air au centre des diaphyses. D'où le nom un peu bizarre de *spina ventosa.* La tuméfaction, rarement limitée à un seul os, multiple plus souvent qu'unique, procède lentement, insidieusement, sans douleur, sans réaction inflammatoire apparente. Sous la peau qui a conservé sa souplesse et sa couleur, on sent un os dur qui la soulève sans l'enflammer. A cette première phase de formation la consistance est dure et la pression n'est pas sensible. Puis, à la longue, le gonflement fusiforme se ramollit, une collection purulente s'est collectée, la peau finit par rougir, s'amincir, se perforer, livrant passage à une sanie séro-purulente à laquelle se mêleront par la suite des esquilles et débris osseux. La diaphyse se vide par un trajet fistuleux interminable et la cicatrisation, profonde, irrégulière, entraîne des déviations, flexions et raccourcissements aussi gênants que disgracieux.

Si les spina ventosa sont habituellement multiples, ils n'ont pas tous le même âge ; à côté d'un doigt fusiforme qu'on reconnaît à distance, on trouve une phalange, un métacarpien du même côté ou du côté opposé, plus gros, plus saillants qu'à l'état normal et, grâce à une palpation attentive, on saisit le premier degré du spina ventosa à côté des phases avancées, suppurées ou fistuleuses chez le même sujet. En même temps l'observation méthodique du jeune enfant peut faire découvrir des gommes cutanées bacillaires, dont l'existence concomitante est loin d'être rare. Il peut y avoir aussi des lésions ostéo-articulaires, une tumeur blanche coexistant avec le spina ventosa ; ces deux affections ont une étiologie commune.

Le spina ventosa en effet n'est qu'une variété de tuberculose osseuse, propre aux enfants du premier âge, aux nourrissons, ne se rencontrant que rarement dans la seconde enfance. Cependant certaines tuberculoses diaphysaires des grands os longs (tibia, péroné, fémur, radius, cubitus, humérus), en boursouflant la partie moyenne, offrent une certaine ressemblance avec le spina ventosa. Ce dernier terme évoque, aux yeux du médecin, des doigts gonflés, déformés, en radis, en fuseau, en cylindres boudinés.

Chez les enfants porteurs de spina ventosa, l'exploration des aisselles et des aines fera sentir des ganglions un peu gros et sensibles à la pression ; ces adénopathies axillaires, inguinales, épitrochléennes siègent du même côté que le spina ventosa, dont elles dépendent. On croyait autrefois que le spina ventosa était une carie osseuse primitive qu'on traitait radicalement comme la porte d'entrée de la tuberculose. Nous savons bien aujourd'hui que ce n'est qu'une localisation secondaire et excentrique d'une tuberculose intense et profonde. Le jeune enfant qui souvent, avec les apparences de la santé, présente des spina ventosa, est atteint depuis un temps plus ou moins long, d'adénopathie trachéo-bronchique bacillaire. C'est de ce foyer latent que partent les colonies microbiennes, au hasard de la dissémination sanguine, vers la peau, les os, les articulations, les séreuses ou les viscères. Réséquer le spina ventosa serait ouvrir une porte plutôt que la fermer. C'est pourquoi la chirurgie conservatrice a prévalu depuis longtemps.

1° Il faut donc bien se garder de l'amputation, de la résection, de l'évidement prématuré du spina ventosa des phalanges, des métacarpiens, des métatarsiens. On épargnera à l'enfant des mutilations inutiles pour ne pas dire dangereuses. Le grattage, le curettage n'est autorisé que dans les spina ventosa suppurés et fistuleux. On se gardera bien, en pareil cas, L. Ombrédanne en fait justement la remarque, de détruire la charpente osseuse ; sinon l'intervention chirurgicale aboutirait au raccourcissement et à la déviation des doigts ;

2° Au début, avant la phase de suppuration et de ramollissement osseux, on se contentera d'immobiliser le doigt, de l'entourer avec des bandelettes d'emplâtre de Vigo ; plus tard on appliquera de petites attelles ou gouttières en laiton, exerçant une légère compression ouatée ;

3° Le traitement général l'emporte sur le traitement local : séjour à la campagne, cure d'air, héliothérapie, sanatorium marin de San Salvadour, Hendaye, Berck. Les enfants nerveux et excitables, pour lesquels la thalassothérapie serait dangereuse, vont à Salies-de-Béarn, Salies-du-Salat, Salins du Jura, stations chlorurées ;

4° Huile de foie de morue, alimentation substantielle, phosphate de chaux (fortossan irradié), solution d'arséniate de soude, eau de La Bourboule, médication recalcifiante.

J. Comby.

(N° 517)

Les réactions vaso-motrices du foie

Le foie est une éponge vasculaire, où des travées de cellules hépatiques viennent remplir les vides laissés par une trame excessivement développée de conduits sanguins et biliaires. Il y a presque autant de sang que de tissu noble dans le foie vivant, dont le volume et la consistance sont sous la dépendance du calibre de ses vaisseaux.

Ces derniers reçoivent de nombreux filets nerveux provenant des pneumogastriques et des splanchniques par l'intermédiaire du plexus solaire et des plexus périvasculaires. Leur action vasomotrice s'exerce sur le calibre des artérioles hépatiques, des ramifications portes, des capillaires, des veinules sus-hépatiques, réglant perpétuellement le rythme circulatoire du foie (voir R. Glénard et J. Vinchon, *Monde médical,* 15 Juin 1929 et *La Presse Médicale,* 21 Mars 1929).

Les fréquentes variations de volume, de consistance et parfois de sensibilité qui en résultent peuvent être groupées, suivant leurs caractères, en trois catégories, selon qu'elles se rapportent à des phénomènes de dilatation, d'atonie ou de vaso-constriction.

1° *Phénomènes de vaso-dilatation.*

L'hyperémie de travail ou un *spasme des veines sus-hépatiques* semble être à l'origine de bien des cas de congestion du foie par suralimentation, alimentation toxique (alcool, arsenic, etc.), auto-intoxication gastro-intestinale, infection chronique, la destination de ce second processus étant de prolonger le contact des substances nocives avec les cellules hépatiques, dont l'action antitoxique serait ainsi favorisée.

Les poussées de *congestion active du foie,* dont le tableau clinique est bien connu, peuvent avoir une origine essentiellement nerveuse.

Les *émotions et soucis* en provoquent souvent. « A chaque contrariété mon foie se réveille », dit le malade. Certains cas d'ictère émotif relèvent d'un mécanisme parallèle.

L'*irritabilité générale vago-sympathique* s'accompagne de poussées congestives du foie, concurremment avec des manifestations vaso-motrices de même ordre comme l'urticaire, l'œdème de Quincke, la migraine, etc., provenant de la même origine commune végétative. Les troubles hépatiques au moment des règles appartiennent à cette catégorie.

La *sensibilisation locale du foie,* par hérédité ou disposition acquise, l'expose à réagir à des incitations chez la plupart sans effet. Il se congestionnera, par exemple, aux applications de rayons ultra-violets... à l'ingestion de traces de tel ou tel aliment ou médicament (idiosyncrasie)..., à des prises relativement très faibles d'eau minérale, réalisant une sorte de « crise thermale » pour une cure parfois à peine ébauchée.

2° *Phénomènes d'hypotension vasculaire.*

Une diminution de tension vasculaire intrahépatique est la cause de nombreux cas d'affaissement du foie, connus sous le nom d'*hépatoptose.* L'organe, allongé verticalement, devient extrêmement souple, ne tenant à la partie supérieure de l'abdomen que par ses attaches postérieures immuables auxquelles il pend.

L'hépatoptose peut être *résiduelle,* provenant de la rapide rémission d'une congestion du foie, dont les vaisseaux ne retrouvent que lentement leur tonus normal.

Elle peut apparaître, au contraire, comme épiphénomène, au cours d'une *entéroptose* généralisée.

Enfin il peut y avoir *hypertrophie ptosée,* par hypertrophie scléreuse plus ou moins localisée, sur un foie préalablement ptosé.

3° *Phénomènes de vaso-constriction.*

Leur possibilité est prouvée par maintes expériences physiologiques (nicotine, adrénaline).

En clinique, telle serait une explication de certains cas de « petits foies » ; mais on se méfiera des erreurs de diagnostic avec les longs foies mous, ptosés, seulement perceptibles au « procédé du pouce ».

Des exemples de vaso-constriction sont donnés dans la colique de plomb ou les empoisonnements par le phosphore ; si l'incident aigu n'a pas de suite fâcheuse immédiate, le volume du foie revient rapidement à la normale.

Traitement.

Le traitement doit porter autant d'attention à l'état local du foie qu'à la réflectivité générale.

Congestion du foie. — *Facteur hépatique* : régime de repos hépatique, diète relative évitant les graisses, l'alcool ; physiothérapie locale : douches chaudes, diathermie ; culture physique ; laxatifs doux, boldo, bourdaine, calomel à petites doses, bicarbonate de soude, extraits hépatique et biliaire, cures thermales spécialisées.

Facteur nerveux : hygiène morale et intellectuelle ; belladone, jusquiame, pilocarpine, chlorure de calcium ;

Hypotonie hépatique : mêmes indications d'ensemble avec modifications de détail ; alimentation soutenue, psychothérapie, contention abdominale, hydrothérapie froide, électrothérapie stimulante, salicylate de génésérine.

Vaso-constriction : de même ; bains et douches tièdes, électricité statique, sédatifs nerveux.

De toutes façons il conviendra de ne pas négliger ces états réactionnels vaso-moteurs, qui, par leur persistance, ou leur répétition, peuvent aboutir à la maladie chronique fonctionnelle du foie, aux conséquences si variées, qu'est l'*hépatisme.*

Roger Glénard.

REVUE DES JOURNAUX

ANNALES DE MÉDECINE

(*Paris*)

R. Bensaude, A. Cain et Horowitz. ***Le lymphosarcome du rectum*** (*Annales de Médecine*, t. XXVI, nº 5, Décembre 1929). — A l'occasion de 3 cas personnels, les auteurs font une étude d'ensemble de cette variété rare de tumeurs du rectum (12 cas seulement dans la littérature).

Il faut entendre par lymphosarcome du rectum une tumeur maligne, primitive ou secondaire, développée aux dépens du tissu adénoïde et plus particulièrement des follicules clos et envahissant ensuite la totalité de la paroi On en distingue 2 types bien tranchés : 1º les *formes diffuses et généralisées*, qui sont les mieux caractérisées, tant par leur structure que par leur évolution et leur extension aux ganglions ; 2º les *formes localisées, tumorales*, dont quelques cas présentent la structure typique du lymphosarcome, mais dont la plupart ressemblent trop au sarcome à cellules rondes pour que la différenciation histologique soit possible, l'analogie se poursuivant d'ailleurs aussi sur le terrain clinique.

Anatomie pathologique. — 1º *Formes diffuses.* Le lymphosarcome du rectum siège, en général, assez bas, commençant immédiatement au-dessus du sphincter qui est souvent intéressé, mais il peut aussi remonter jusqu'au sigmoïde et même plus haut. Dans l'ensemble, le rectum présente un aspect mamelonné, presque cérébriforme. Il est rare que ces mamelons se pédiculisent et prennent un aspect polypeux ; d'ordinaire ils s'étalent sur une large surface et font une saillie modérée. Leur consistance est ferme, rénitente, presque élastique et ne donne pas une sensation d'induration profonde comme l'épithélioma. Leur coloration est terne, grisâtre, à peine rosée. Parfois, leur surface présente des ulcérations. Le calibre du rectum est généralement rétréci, sans aller toutefois jusqu'à l'obstruction. Le tissu cellulaire pelvien est rarement envahi. L'atteinte des ganglions achève de caractériser l'affection et montre que la localisation rectale n'est qu'un épisode au cours d'une lymphosarcomatose diffuse.

2º *Formes localisées.* Leur description se confond avec celle du sarcome du rectum. Le néoplasme forme une masse dure, bosselée, bombant dans le rectum, soulevant la muqueuse et l'ulcérant le plus souvent. Habituellement, la tumeur s'étale sur une large surface, mais elle peut se pédiculiser à la façon d'un polype. Elle est d'ordinaire bien délimitée, mais elle peut être aussi, parfois, le point de départ d'une infiltration progressive.

Histologie pathologique. — La structure du lymphosarcome du rectum ne diffère pas de celle des localisations classiques sur le gros intestin et sur le grêle : prolifération de la trame réticulo-endothéliale et des cellules de souche lymphoïdique qui en remplissent les mailles. Les cellules néoplasiques dérivent de l'élément lymphoïde, reconnaissable à la mince sertissure de protoplasme basophile qui entoure un noyau arrondi et fortement coloré. Elles s'éloignent plus ou moins de ce type primitif, grossissent, deviennent irrégulières et polymorphes, contiennent un noyau actif ou bourgeonnant et rappellent, parfois, l'aspect du myéloplaxe (Oberling).

Symptômes, évolution, pronostic. — Le lymphosarcome du rectum débute de façon insidieuse ; il envahit l'organe et s'y développe sans provoquer, au début, aucun trouble : l'attention n'est habituellement attirée qu'à un stade avancé, lorsque la tumeur atteint déjà un volume considérable.

Les *signes fonctionnels* sont les mêmes, que le lymphosarcome soit localisé ou diffus. Il est remarquable que les signes rectaux (pesanteur périnéale, ténesme, etc.) soient inconstants et au second plan. La diarrhée est de beaucoup le signe le plus fréquent et le plus important ; elle n'est pas constante ; elle peut alterner avec des phases de constipation. Les rectorragies sont rares.

Les *signes généraux* n'offrent rien de caractéristique : amaigrissement progressif, asthénie, pâleur, anorexie, fièvre.

Seul l'*examen physique* (toucher rectal et vaginal, rectoscopie, radiographie après lavement opaque) donne la notion précise du lymphosarcome rectal.

L'*évolution* est différente suivant que la tumeur apparaît au cours d'une lymphosarcomatose ou constitue une lésion isolée. Dans ce dernier cas, les signes fonctionnels et généraux s'aggravent progressivement. Au cours de la lymphosarcomatose, la localisation rectale marque une étape que l'intensité de ses manifestations met plus ou moins en évidence, tandis qu'apparaissent les adénopathies, l'hypertrophie amygdalienne, les localisations viscérales qui précipitent l'issue mortelle. L'évolution peut d'ailleurs être de longue durée.

Diagnostic. — On conçoit facilement que le diagnostic se pose dans des conditions bien différentes suivant la forme que revêt le lymphasarcome rectal.

Si celui-ci apparaît au cours d'une lymphosarcomatose avérée, on est tout naturellement conduit à rattacher la tumeur rectale à la même cause. Lorsque la tumeur est localisée, aucun signe clinique ni hématologique ne permet de préjuger de sa nature et il sera, parfois, difficile de faire la différenciation avec la polypose bénigne, le lymphadénome bénin, la lymphogranulomatose, les lésions syphilitiques ou tuberculeuses, la bilharziose, voire même les simples rectites végétantes ; on la distinguera plus facilement de l'épithélioma ou du sarcome. Mais, de toute façon, la biopsie est indispensable : seule, elle peut lever le doute, et encore pas toujours.

Traitement. — L'extirpation s'adresse naturellement aux formes localisées sans périrectite, sans envahissement ganglionnaire appréciable. Les indications et contre-indications de l'intervention dans le cas d'épithélioma rectal trouvent, ici, leur application. Les observations montrent que cette intervention peut être faite dans des conditions favorables et comporter une survie de plusieurs années.

Les auteurs déclarent ne pas avoir l'expérience de la radiumthérapie dans le lymphosarcome rectal. Par contre, la sensibilité aux rayons X s'est manifestée de façon remarquable dans 2 de leurs cas : l'un d'eux a été perdu de vue ; mais, dans l'autre, la guérison persistait plusieurs années après. Toutefois, l'on devra toujours redouter la périrectite sténosante qui est trop souvent, à plus ou moins lougue échéance, la rançon de l'irradiation du rectum.

J. Dumont.

A. Jacquelin et A. Duruy (Paris). ***Contribution à l'étude des abcès chroniques du poumon à pyogènes*** (*Annales de Médecine*, tome XXVI, nº 5, Décembre 1929). — En opposition avec les abcès aigus du poumon à pyogènes (staphylocoque, pneumocoque) dont la curabilité est rapide et définitive se présentent les abcès chroniques à pyogènes qui, par leur évolution progressive, inéluctable, défient toutes les thérapeutiques médicales jusqu'ici préconisées. A propos de deux cas personnels, J. et D. tracent une étude d'ensemble de ces abcès chroniques — étiologique, clinique et radiologique — aboutissant à démontrer la possibilité d'un diagnostic précoce et d'une thérapeutique efficace.

Au point de vue *étiologique*, le passé des malades atteints d'abcès pulmonaires chroniques montre, avec une fréquence très particulière, l'existence d'atteintes bronchiques ou bronchopulmonaires répétées : la suppuration pulmonaire apparaît souvent insidieusement au cours d'une des poussées inflammatoires de l'état chronique. Les malades atteints d'abcès aigus sont, au contraire, bien plus souvent des sujets jeunes dont les voies respiratoires, non encore modifiées par des réactions scléreuses, sont capables de réagir selon un mode plus franc d'abcédation aiguë. Et, chez eux, c'est souvent une infection aiguë sévère, bien caractérisée, la pneumonie par exemple, qui est responsable de cette complication. Dans d'autres cas, c'est une infection saisonnière qui est en cause. Est-ce à dire qu'un sujet jeune, indemne de sclérose pleuro-pulmonaire antérieure, ne puisse pas, au cours d'un abcès du poumon, présenter d'évolution vers la chronicité ? Certes non. D'autres facteurs peuvent, en effet, jouer, que nous ne discernons pas tous, mais parmi lesquels on peut légitimement invoquer la perturbation humorale, le diabète, par exemple, comme dans l'un des cas de J. et D.

Il résulte de ce qui précède que le *mode de début* de ces abcès est également assez significatif. L'abcès aigu apparaît souvent dans le cours d'une pneumopathie franche du type de la pneumonie, tandis que l'abcès chronique dissimule très aisément son développement initial derrière une de ces poussées inflammatoires mal définies, qui aggravent l'évolution des affections chroniques de l'appareil bronchopulmonaire, telles la dilatation des bronches et la tuberculose fibreuse.

L'*étude de l'expectoration* est devenue très rapidement intéressante : au pus franc, mono-microbien, que représente le crachat du malade atteint de suppuration pulmonaire aiguë, s'oppose le crachat presque d'emblée mélangé de mucus et de spume, polymicrobien, du malade dont la suppuration se poursuivra selon le mode subaigu ou chronique.

L'*examen local du thorax* et surtout l'*étude radiologique* confirment les faits précédents : à thorax cliniquement et radiologiquement normal correspond le plus souvent une suppuration franche, aiguë ; à thorax déformé, dans un lobe pulmonaire atteint de sclérose rétractile, bridant le diaphragme ou attirant l'ombre cardiaque, correspond plus volontiers l'évolution lente d'une suppuration à extension régulière.

De ce qui précède on peut conclure que, dans une certaine mesure, le passé du malade, le mode de début de l'abcès, les caractères de l'expectoration, l'étude radiologique peuvent fournir quelques présomptions sur l'orientation que prendra l'évolution de l'abcès pulmonaire.

Au point de vue thérapeutique, il y a un contraste non moins frappant entre abcès aigus et abcès chroniques du poumon à pyogènes . alors qu'une prudente expectative et une thérapeutique médicamenteuse s'imposent pour les premiers, les seconds sont uniquement justiciables d'une intervention chirurgicale. La pneumotomie simple étant impuissante à drainer les multiples foyers suppurants, communiquant entre eux ou isolés les uns des antres par d'étanches cloisons fibreuses, il est de toute nécessité de recourir à l'ablation totale de la zone pulmonaire atteinte par une lobectomie plus ou moins vaste. La lecture des deux observations personnelles des auteurs montre que cette audacieuse intervention, malgré ses risques, est susceptible de donner de bons résultats.

J. Dumont.

G. Marinesco, O. Sager et G. T. Dinischiotu. ***Sur le traitement de la chorée par le luminal et le sulfate de magnésium, avec considérations sur la physiopathologie de la chorée*** (*Annales de Médecine*, tome XXVII, nº 3, Mars 1930). — Dans la production du syndrome choréique, l'importance des voies proprioceptives est très grande. L'abolition ou la diminution des réflexes tendineux dans la chorée est due à un trouble fonctionnel des arcs réflexes proprioceptifs supérieurs qui interviennent normalement dans le fonctionnement réflexe de la moelle.

L'action du luminal et du sulfate de Mg est une conséquence de l'inhibition du diencéphalo-mésencéphale, produite par ces substances. Cette action inhibitrice supplée à l'inhibition normale du striatum sur le pallidum, d'une part, et produit, d'autre part, un blocage des synapses entre les voies proprioceptives et les voies extra-pyramidales, empêchant ainsi les incitations afférentes de suivre la voie normale extra-pyramidale. Par l'inhibition du thalamus, on

empêche les incitations à arriver en grand nombre au cortex, ce qui permet une meilleure inhibition transcorticale.

Considérant l'action du luminal sur la circulation cérébrale et sur la perméabilité cellulaire et celle du sulfate de magnésium sur la perméabilité cellulaire, on peut parler d'une action curative de ces deux substances.

Le traitement par le luminal consiste en injections sous-cutanées biquotidiennes de 0 centigr. 22 de luminal sodique pendant 20 à 25 jours. Aucun accident n'a été noté.

Le traitement par le sulfate de magnésium consiste en injections intrarachidiennes de 0 milligr. 008 par kilogramme de poids du sujet, dans une solution saturée à 25 pour 100 fraîche. Ces injections intrarachidiennes peuvent être répétées tous les 5 à 6 jours. L. Rivet.

J. Haguenau et A. Lichtwitz. *La syphilis pseudo-tumorale de la moelle* (*Annales de Médecine*, tome XXVII, n° 3, Mars 1930). — Cette forme a une physionomie bien spéciale. Au point de vue clinique : phase douloureuse prémonitoire, puis paraplégie avec troubles vésicaux et escarres. Au point de vue humoral : souvent xanthochromie et coagulation massive, toujours hyperalbuminose du liquide céphalo-rachidien. Au point de vue radiologique : arrêt du lipiodol.

H. et L. décrivent : une forme lombo-sacrée, des formes lombaires, une forme dorsale, des formes cervicales.

Ce serait en tout point le tableau d'une tumeur médullaire, si deux ordres de signes ne faisaient soupçonner la pachyméningite syphilitique : d'une part, certaines réactions cytologiques et humorales (Bordet-Wassermann notamment) du liquide céphalo-rachidien, et, d'autre part, l'aspect très spécial de l'arrêt lipiodolé (égrènement en chapelet dû à l'accrochage des gouttes d'huile opaque ou aspect en flammèche lié à un blocage sous-arachnoïdien complet).

L'épreuve thérapeutique spécifique donne parfois des résultats immédiats brillants, mais elle est sans action sur les lésions scléreuses de la méningo-myélite. L. Rivet.

LE PROGRÈS MÉDICAL
(Paris)

Ekkers Peterson (Sonderborg, Danemark), *9 cas de résection du nerf présacré (opération de Cotte)*. [*Le Progrès médical*, 1930, n° 17, 26 Avril]. — L'auteur a pratiqué 9 fois l'opération de Cotte sur les indications suivantes : ovarite scléro-kystique (5 fois), paramétrite chronique à douleurs névralgiques pelviennes (2 fois), dysménorrhée rebelle (2 fois).

L'effet de cette opération s'est montré assez capricieux : le résultat a été tantôt parfait, tantôt nul ou presque. Résultat parfait dans 4 cas d'ovarite scléro-kystique, 1 cas de paramétrite chronique et 2 cas de dysménorrhée rebelle. Résultat nul ou à peu près dans 1 cas d'ovarite scléro-kystique et dans 1 cas de paramétrite chronique.

Il convient d'ajouter que, dans les cas d'ovarite scléro-kystique, la résection du nerf présacré a été associée à la ponction des petits kystes ovariens, en sorte qu'on ne peut évaluer la part exacte qui revient à la résection nerveuse dans la guérison des troubles fonctionnels; l'avenir seul le dira, car on sait que les résultats de la ponction seule sont souvent très peu durables. J. Dumont.

ANNALES D'ANATOMIE PATHOLOGIQUE ET D'ANATOMIE NORMALE
(Paris)

G. Marinesco. *Recherches sur la structure normale et pathologique de la névroglie* (*Annales d'Anatomie pathologique et d'Anatomie normale*, tome VII, n° 2, Février 1930). — Travail étendu sur un sujet de grande actualité neurologique. En même temps qu'un résumé des acquisitions antérieures dues surtout à l'école madrilène, l'auteur apporte le résultat de ses recherches personnelles.

Il étudie tout d'abord l'origine et la morphologie de l'élément individualisé par Del Rio Hortega. Il précise son siège et son abondance dans les différentes couches histologiques du système nerveux.

Il montre ensuite les modifications que la névroglie peut subir dans les états pathologiques : au cours des lésions traumatiques; au cours des lésions d'origine vasculaire; dans les maladies infectieuses, aiguës ou chroniques; dans certaines intoxications; dans les processus dégénératifs du cerveau. Dans chacun de ces cas particuliers, l'auteur décrit en détail les altérations subies par la névroglie tant au point de vue de sa structure cytologique qu'au point de vue de sa prolifération et de son orientation par rapport au foyer lésionnel.

M. termine par un chapitre de considérations sur la dynamique de la névroglie et sur l'influence que peut exercer sur elle le facteur humoral. C'est ainsi qu'il a étudié le rôle du p_H, la tension osmotique, la tension de surface et l'électricité de contact, montrant que chaque perturbation importante de ces éléments retentit sur la morphologie de la névroglie.

Ajoutons que ce mémoire est illustré d'une riche iconographie qui en rend la lecture très aisée.

ANNALES DE L'INSTITUT PASTEUR
(Paris)

J. Vellard. *Spécificité des sérums anti-ophidiques* (*Annales de l'Institut Pasteur*, tome XLIV, n° 2, Février 1930). — La spécificité des sérums anti-ophidiques ayant été remise en question par les études de Krauss, Moritsh et Otto, V. s'est livré à des recherches expérimentales sur les venins de différentes espèces de *Crotalinæ* sud-américaines, d'une espèce asiatique de ce groupe, d'une vipère européenne et sur le sérum spécifique correspondant. Il a employé une méthode de dosage du pouvoir antitoxique des sérums uniforme, basée sur l'injection endo-veineuse au pigeon, après 1 heure de contact *in vitro* à la température ambiante, de 1 cmc de sérum à doser plus 1 cmc de solution de venin à titres divers. Grâce à la sensibilité du pigeon aux venins ophidiques, cette technique permet d'évaluer avec une grande exactitude le pouvoir neutralisant des sérums.

V. a constaté que les sérums antivenimeux ont toujours une spécificité très élevée vis-à-vis des venins des différentes espèces de *Crotalinæ* et *Viperinæ* étudiées. Cette action spécifique s'observe *in vivo* et *in vitro* sur le venin total ou sur ses différentes propriétés neuro-toxiques, coagulantes, protéolytiques, etc.

Mais, outre cette action spécifique très élevée, tous les sérums étudiés possèdent une légère action para-spécifique sur d'autres venins que celui ou ceux ayant servi à les préparer. Cette action paraspécifique est toujours très faible; *in vivo*, dans les conditions les plus favorables, elle permet seulement de neutraliser quelques doses minima mortelles de venins hétérologues.

L'action paraspécifique ne s'exerce pas également sur les différentes propriétés d'un même venin; elle n'est pas en relation directe avec les affinités zoologiques existant entre les venins étudiés; elle ne s'observe qu'avec des venins présentant des propriétés pharmacologiques semblables à celles du venin employé dans l'immunisation et seulement en relation avec ces propriétés. Robert Clément.

L. Souchard. *Essais thérapeutiques du choléra par le bactériophage de d'Hérelle* (*Annales de l'Institut Pasteur*, tome XLIV, n° 2, Février 1930). — Avec une souche de bactériophage envoyée par d'Hérelle et dont l'action sur le vibrion cholérique avait été contrôlée et la virulence exaltée, sans arriver au maximum de virulence exigée par d'Hérelle, S. a traité indistinctement tous les cas de choléra observés par lui en Cochinchine, sans tenir compte du temps depuis lequel ils évoluaient et de leur gravité, pour se mettre exactement dans les mêmes conditions expérimentales que d'Hérelle aux Indes.

Le bactériophage a été administré par voie buccale en présence du médecin, à la dose de 3 ampoules de 2 cmc diluée chacune dans 10 à 15 cmc d'eau froide, et administrée par cuillerées à café, durant 3 heures.

Les 27 observations rapportées de choléra observé de Décembre 1928 à Juin 1929 donnent un taux de mortalité de 89 pour 100. Les résultats obtenus avec le bactériophage dans le traitement du choléra ne semblent pas avoir donné de résultats appréciables.

Peut-être le bactériophage ne serait-il pas sans action s'il était administré dans les premières heures de la maladie, avant que se soient constituées les lésions organiques qui sont le plus souvent la cause de la mort; mais, dans les conditions épidémiologiques du choléra en Cochinchine, il est difficile de réaliser une médication aussi précoce, et, dans les conditions où se trouvent généralement les médecins pour traiter leurs malades, le bactériophage, même lorsqu'il s'agit d'une souche très active, ne semble pas une thérapeutique très efficace. Robert Clément.

ARCHIVES DE MÉDECINE DES ENFANTS
(Paris)

L. Ombrédanne et Lacassie. *La maladie ulcéreuse intra-utérine* (*Archives de Médecine des Enfants*, tome XXXIII, n° 4, Avril 1930). — Il est encore classique de penser que des brides d'adhérences, étendues de l'amnios aux téguments de l'embryon ou du fœtus, ont été capables de déterminer des lésions congénitales, dites par brides amniotiques. Le professeur Ombrédanne se refuse absolument à admettre pareille interprétation, car jamais les sillons, amputations, macules n'ont été observés sans que d'autres troubles aient existé simultanément qui, eux, ne pouvaient en aucune façon dépendre de l'action ficelle de la soi-disant bride amniotique. Selon lui, la doctrine des lésions par brides amniotiques ne repose que sur deux ou trois constatations de brides *molles*, sans aucune résistance, flottant à la naissance dans le liquide amniotique, et il n'est pas certain qu'en un seul cas existait la continuité de la bride entre le fœtus et la membrane amniotique.

Ayant ainsi rejeté l'opinion classique, le professeur Ombrédanne admet que les lésions congénitales attribuées aux brides amniotiques sont dues à une maladie ulcéreuse frappant l'embryon ou le fœtus.

Cette maladie peut rester superficielle, localisée aux téguments. Sous cette forme, elle peut déterminer les sillons congénitaux des doigts ou des membres. Elle peut déterminer les cicatrices de la face, de la langue. Mais elle peut agir plus profondément et expliquer certaines absences partielles ou totales d'un os et des pseudarthroses congénitales; au maximum, la maladie ulcéreuse intra-utérine pourrait provoquer la disparition d'un membre.

La maladie ulcéreuse utérine de cause indéterminée est à rapprocher de la forme mutilante de l'acrodynie infantile et des manifestations ulcéreuses en évolution observées chez des nouveau-nés et, en particulier, chez des prématurés. O. et L. rapportent en détail une observation de ce genre très complète. G. Schreiber.

GYNÉCOLOGIE ET OBSTÉTRIQUE
(Paris)

P. Moulonguet et S. Dobkevitch. *Les sarcomes de l'utérus* (*Gynécologie et Obstétrique*, tome XXI, n° 3, Mars 1930). — M. et D. ont recherché dans la collection du laboratoire du prof. Lecène les cas de sarcomes de l'utérus qui y ont été examinés. Ils en ont trouvé 19 provenant de chirurgiens différents et qui se décomposent en 5 groupes : — *a*) sarcomes du corps (sarcomes indifférenciés, 5; lymphadénome, 1; léiomyomes malins, 7; fibromyomes suspects de malignité, c'est-à-dire léiomyomes probables, 3); —

b) sarcomes du col (léiomyome malin, 1; adénosarcomes, 9).

Sur 5 cas de *sarcome indifférencié* opérés, 2 malades sont mortes quelques semaines après l'opération de pullulation ininterrompue du néoplasme; 2 n'ont pu être retrouvées; 1 est guérie depuis 4 ans 1/2.

Il n'a pas été possible d'avoir des renseignements sur le cas de *lymphadénome* opéré par Dehelly (du Havre).

Sur les 7 malades opérées de *léiomyomes malins*, 2 sont mortes de l'opération; 1 est morte de récidive survenue au bout de 8 mois et non arrêtée par la radiothérapie; 2 n'ont pu être retrouvées; 2 sont actuellement guéries, mais depuis peu (6 mois et 9 mois).

Des 3 cas du groupe des *fibromyomes suspects de malignité*, 2 observations ne comportent que des nouvelles récentes après l'hystérectomie; 1 seule comporte une guérison éloignée (3 ans).

Aucune des 3 malades opérées de *sarcome du col* n'a pu être retrouvée.

M. et D. concluent :

Le diagnostic de sarcome utérin ne peut être porté avec assurance que par un examen histologique;

Il ne semble pas qu'il faille distinguer un pronostic propre à chacune des variétés histologiques : des malades ont été retrouvées guéries après l'exérèse de sarcome et de léiomyome;

Au point de vue clinique, la notion de fibrome évoluant après la ménopause est la plus importante;

En ce qui concerne les indications opératoires, il convient de distinguer les néoplasies encore encloses, pouvant être enlevées en vase clos dans une hystérectomie totale, et les néoplasies qui ont rompu leur coque, qui ont provoqué des adhérences ou donné lieu à des métastases et qui sont toujours fatales. Aux premières il semble opportun d'appliquer le traitement chirurgical; aux secondes, au contraire, il paraît plus indiqué de réserver le traitement radiothérapique.

J. Dumont.

REVUE NEUROLOGIQUE
(Paris)

Benhamou et Goinard. *L'échinococcose intrarachidienne* (*Revue neurologique*, XXXVIe année, tome II, n° 6, Décembre 1929). — L'échinococcose intrarachidienne est moins exceptionnelle qu'on ne le pense puisque 177 cas en ont été rapportés.

Survenant le plus souvent chez des sujets jeunes, le tableau clinique répond à celui des compressions médullaires en général. Des signes associés pourront en faire soupçonner l'origine, qu'il s'agisse d'une cyphose ou cypho-scoliose, d'une lésion atypique de la colonne, des côtes ou du bassin, et, beaucoup plus souvent, d'une tumeur arrondie, indolore, rénitente, médiane ou paramédiane, plus ou moins aisément décelable à l'examen, et que l'examen radiologique peut seul parfois mettre en lumière.

L'éosinophilie sanguine, la réaction de fixation du complément, l'intradermoréaction pourront contribuer à confirmer le diagnostic.

Les formes de l'échinococcose rachidienne sont assez variables suivant son point de départ.

Les localisations intramédullaires ou sous-arachnoïdiennes sont des curiosités pathologiques.

Les formes épidurales primitives se comportent comme des tumeurs bénignes vertébrales.

A signaler encore : les formes à point de départ vertébral. Les échinococcoses pleurales pénètrent secondairement dans l'espace épidural.

Le traitement chirurgical, pour être effectif, devra être précoce et consistera dans l'exérèse des tissus parasités.

H. Schaeffer.

REVUE DE LA TUBERCULOSE
(Paris)

J. Chabaud. *La valeur du vaccin de Friedmann* (*Revue de la Tuberculose*, 3e série, tome X, n° 6, Décembre 1929). — Dans cette importante étude critique, C. expose d'abord les bases expérimentales de la méthode : expérimentation sur de grands animaux de ménagerie (notamment des singes) et sur de petits animaux de laboratoire, expérimentation sur l'homme, notamment sur la population de Pesterzsebet et dans les dispensaires de Budapest.

Une commission d'études, chargée, en 1923, de contrôler les résultats de la méthode Friedmann en Allemagne, a conclu au caractère inoffensif du vaccin de Friedmann; par contre, elle estime ses indications imprécises et juge son caractère spécifique non démontré. Les opinions des observateurs médicaux et chirurgicaux sont discordantes.

C., observant à Reims, centre d'où partaient vers Berlin d'assez nombreux pèlerins allant se faire traiter par Friedmann, a pu suivre 9 malades ainsi traités, dont il relate les observations qui, dans l'ensemble, ne sont nullement en faveur de la méthode.

« Seuls, dit-il, ont eu de bons résultats les auteurs qui ont observé leurs malades superficiellement, sans contrôle bactériologique, clinique, radiologique suffisant, c'est-à-dire ceux qui ont pris des affections rhino-pharyngées, trachéales, bronchiques pour des tuberculoses pulmonaires; ceux qui ont mis sur le compte d'affections intercurrentes ce qui était des acmés évolutifs de tuberculose. » Par contre, les observateurs qui se sont entourés de toutes garanties sont amenés à considérer le vaccin de Friedmann comme sans valeur ou comme un adjuvant de cure médiocre au cours des tuberculoses en général, des tuberculoses pulmonaires en particulier.

L'auteur conclut que la thérapeutique par le vaccin de Friedmann est à rejeter : parce que, expérimentalement, sur l'animal elle est sans effet, aussi bien au point de vue préventif que curatif; parce que, cliniquement, elle s'est révélée inefficace entre les mains des auteurs allemands qui se sont entourés de garanties scientifiques; parce que, mise en œuvre préventivement, pour un résultat nul, elle ferait délaisser le vaccin BCG qui a fait ses preuves; parce que, employés curativement, si les bacilles de tortue ne sont pas tuberculigènes dans un organisme sain, il n'est pas démontré qu'à l'égal des tuberculines, elles aussi inoffensives chez les non-infectés, ils ne puissent provoquer des poussées évolutives chez les malades. De toutes façons, en donnant une sécurité trompeuse dans de nombreux cas, la vaccinothérapie de M. Friedmann a empêché l'institution de traitements plus surement curateurs, qui n'ont pu être pratiqués après coup, la collapsothérapie entre autres; elle est donc nuisible. »

L. Rivet.

BORDEAUX CHIRURGICAL

F. Papin (Bordeaux). *Les fistules bronchiques externes après opération pour kyste hydatique du poumon* (*Bordeaux chirurgical*, t. I, n° I, Avril 1930). — Après les opérations pour kystes hydatiques du poumon, lorsque l'intervention s'est terminée par la fixation à la paroi et la marsupialisation ou le drainage de la cavité pulmonaire kystique, on peut observer des fistules persistantes au niveau de la thoracotomie ainsi faite. Les unes sont des fistules purulentes banales; les autres sont des *fistules bronchiques*, soit broncho-cutanées, soit broncho-cavitaires.

La persistance d'une fistule bronchique externe après opération pour kyste hydatique du poumon n'est d'ailleurs pas une éventualité fréquente : 9 cas seulement sur 229 interventions rapportées dans la *Thèse* de Guimbellot.

Les *fistules broncho-cutanées simples*, aboutissant d'une cicatrisation qui ne laisse persister qu'un petit orifice thoracique, sont sans gravité. Elles se ferment souvent seules en un laps de temps variant de quelques mois à un an et demi. Au reste, les malades en sont si peu incommodés qu'ils refusent l'intervention proposée pour la guérir. Si néanmoins on croit devoir intervenir et que les cautérisations du trajet ne suffisent pas, on pourra essayer de fermer la fistule par résection de son orifice cicatriciel et suture en bourse recouverte d'un petit lambeau cutané (Quénu).

Pour les *fistules broncho-cavitaires* avec cavité suppurante passée à la chronicité, le pronostic est plus sérieux et le problème thérapeutique plus compliqué. Ces cavités suppurantes offrent les mêmes inconvénients et les mêmes dangers que les cavités suppurantes résiduelles après opération d'empyème ou d'abcès pulmonaire : parois sclérosées et dures, incapables de s'affaisser, suppuration persistante, risques d'hémorragie ou de cachexie. Et le véritable traitement de ces cas, c'est la thoracoplastie, comme pour les cavités d'empyème chronique : l'existence d'une fistule bronchique dans le fond de la cavité n'est qu'un élément accessoire du problème qui est de permettre aux parois de s'accoler alors qu'elles en sont empêchées par la rigidité de la cage thoracique, d'une part, et par la sclérose de la coque pulmonaire, d'autre part. En libérant le poumon ou en désossant la paroi, on cherchera évidemment à fermer aussi la fistule bronchique par l'un des moyens nombreux utilisés dans les fistules bronchiques en général. Mais ce qui importe avant tout, c'est d'intervenir précocement avant que la sclérose des parois pulmonaires ait abouti à la constitution d'une cavité chronique à coque rigide.

C'est dans cette idée que P. est intervenu dans le cas personnel qu'il rapporte : 2 mois après l'évacuation du kyste, comme la fistule bronchique persistait dans le fond de la cavité, il a agi par une thoracoplastie dès que le comblement de la cavité lui a paru être stationnaire Après avoir isolé la fistule bronchique et détruit sa muqueuse au thermocautère, il a suturé par-dessus la fistule un lambeau musculaire pariétal qui remplit à peu près complètement la cavité suppurante. La fistule bronchique s'est rouverte par la suite, mais à l'état de simple fistule broncho-cutanée qui elle-même s'est fermée spontanément 10 mois plus tard.

J. Dumont.

JOURNAL DE MÉDECINE DE BORDEAUX et de la RÉGION DU SUD-OUEST
(Bordeaux)

F. Hervé. *Traitement des porteurs de bacilles diphtériques par les rayons ultra-violets* (*Journal de Médecine de Bordeaux*, tome CVII, n° 14, 20 Mai 1930). — Depuis 2 ans, H. fait systématiquement à tous les porteurs de germes diphtériques des traitements locaux par les rayons ultra-violets.

Il se sert, à cet effet, d'une lampe à vapeurs de mercure avec tube de quartz. Une manette permet de graduer l'intensité de 1 à 5. Un tube de nickel, de 15 cm. de longueur sur un peu moins de 2 cm. de largeur, est adapté à l'ouverture du diaphragme sur la cupule de la lampe, dirige les rayons sur les foyers à irradier (gorge, nez) et sert en même temps d'abaisse-langue. Chaque séance quotidienne ou trihebdomadaire dure progressivement de 2 à 10 minutes.

Dans les 5 observations rapportées par H., il n'y a pas eu un seul cas de contagion postérieure au traitement malgré la reprise de la vie familiale, dès la réponse négative du laboratoire, aucun autre traitement n'ayant été suivi pendant la durée du traitement actinothérapique.

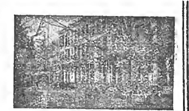
J. Dumont.

GAZETTE HEBDOMADAIRE des SCIENCES MEDICALES DE BORDEAUX

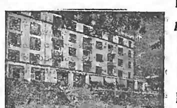
C. Colbert et R. Pigeon (Cambo). *Indications et contre-indications de la phrénicectomie d'après les résultats éloignés (36 observations)* [*Gazette*



Villa Jeanne-d'Arc pour enfants



Pavillon Pasteur.



Pavillon Pasteur.





Piscine.







hebdomadaire des Sciences médicales de Bordeaux, tome LI, n° 13, 30 Mars 1930]. — Les résultats de l'exérèse du phrénique pratiquée dans 36 cas de tuberculose pulmonaire ont été notés après un minimum d'une année.

Il n'y a pas eu de mort post-opératoire.

Dans 21 cas, les résultats furent nuls. Il s'agissait surtout de formes ulcéro-caséeuses à évolution rapide ou de formes scléreuses.

14 résultats « bons et satisfaisants » ont été observés chez les malades dont l'état général était bon, qui présentaient des formes unilatérales et des formes fibro-caséeuses. Le résultat a été souvent proportionnel au degré de rétraction et à l'ascension du diaphragme.

Les rechutes sont observées, en général, chez les phrénicectomisés chez lesquels on n'avait arraché qu'une faible longueur du nerf. La technique opératoire intervient largement dans les résultats. Même dans les opérations larges, des rechutes anatomo-cliniques ont été observées; elles s'expliquent probablement par des phénomènes de suppléance d'innervation du diaphragme.

Inférieur au pneumothorax et à la thoracoplastie, comme moyen de collapsus, la phrénicectomie est une opération bénigne, souvent utile, mais inconstante dans ses résultats. Si elle n'est que rarement capable de procurer la guérison, elle est susceptible de provoquer des améliorations et de rendre de très grands services.

Comme les autres procédés de collapsothérapie, elle ne peut faire autre chose que favoriser les tendances spontanées de l'organisme vers la guérison.

ROBERT CLÉMENT.

LE JOURNAL DE MÉDECINE DE LYON

L. Morenas et P. Lagèze. ***La valeur diagnostique de la réaction de Casoni*** (*Journal de Médecine de Lyon*, tome XI, n° 247, 5 Avril 1930). — Après avoir rappelé l'extrême simplicité de la technique de l'intradermo-réaction au liquide hydatique filtré, dite réaction de Casoni, M. et L. insistent sur l'importance qu'ils attachent aux caractères de « la réaction précoce », la réaction tardive étant beaucoup plus inconstante.

Dans les réactions franchement positives, l'aspect de la plaque urticarienne avec son relief caractéristique, la zone périphérique érythémateuse très légèrement œdématiée, le contraste avec l'injection témoin faite au bouillon peptoné, sont autant de caractères nettement distinctifs de cette réaction précoce apparaissant le plus souvent 10 à 15 minutes après l'injection. Mais nombreux sont les cas où le résultat de l'injection intradermique est loin d'être aussi net; c'est précisément alors que l'interprétation du Casoni demande une certaine habitude. Sans doute est-ce dans ces cas litigieux, qui prêtent à discussion, qu'il faut trouver l'explication des réserves formulées par quelques auteurs à l'égard de la spécificité de la réaction de Casoni.

M. et L. schématisent les types de transition qui existent entre les réactions négatives et franchement positives de la façon suivante. Il existe des « réactions ébauchées » qui doivent toujours être considérées comme négatives; elles s'accompagnent d'une zone érythémateuse souvent très intense, mais sans plaque urticarienne. Il existe enfin des « réactions subpositives » qui sont heureusement rares mais parfois assez troublantes, ce sont des réactions intensément œdémateuses avec un élargissement pseudo-urticarien de la papule. On observe alors plus d'œdème que dans les réactions positives, l'extension de la papule est minime, l'aspect urticarien discutable, toute la zone érythémateuse périphérique repose sur une large base d'œdème. Il est habituel de constater en outre un œdème assez net de l'injection témoin faite au bouillon faiblement albuminé. Tout en reconnaissant qu'il semble alors assez difficile de trancher la question par une réponse positive ou négative, M. et L. estiment que ces cas doivent être considérés comme négatifs. En pratique, quand la réaction de Casoni est positive, elle l'est très nettement et la plaque urticarienne est toujours large et saillante. Il n'est cependant pas inutile de connaître l'existence et les caractères de ces cas douteux.

La réaction tardive est très inconstante. Quand elle existe elle n'est qu'une confirmation indiscutable de la signification de la réaction précoce. Quand elle manque, elle ne permet pas de mettre en doute sa valeur.

M. et L. apportent une statistique de 10 cas d'échinococcose, tous vérifiés par intervention ou vomique. 8 fois la réaction de Casoni a été franchement positive. 2 fois elle est restée négative : il s'agissait, dans un cas, d'un kyste mort et, dans l'autre, d'un kyste de la rate à parois anormalement épaisses (toxicité enclose) pour lequel la réaction devint très franchement positive 27 jours après l'intervention, comme si la sensibilisation de l'organisme par le liquide du kyste s'était faite à la faveur de l'acte opératoire.

La proportion de 80 pour 100 obtenue dans cette statistique est inférieure à celle habituellement donnée par les auteurs.

En dehors de cette statistique concernant les kystes vérifiés, dans tous les cas où la réaction de Casoni se montra négative l'évolution prouva toujours que l'échinococcose n'était pas en cause.

Pour pallier à l'objection qu'un certain nombre de sujets normaux peuvent présenter une réaction positive, M. et L. ont pratiqué systématiquement le Casoni chez toutes les malades non fébricitantes de 2 salles hospitalières. Sur 21 malades, ils obtinrent 18 réactions très négatives, 2 réactions ébauchées, 1 réaction subpositive avec infiltration œdémateuse très marquée et papule urticarienne minime chez une asthmatique. L'injection témoin faite au sérum salé albuminé à 0,05 pour 100 donna chez ces 3 malades des réactions sensiblement analogues.

Enfin M. et L. apportent un fait nouveau à l'actif du Casoni : la fréquence des réactions positives chez les porteurs de ténia. Le fait que l'intradermo-réaction est positive chez ces malades ne doit pas faire révoquer la spécificité de cette réaction. A la notion de spécificité stricte, étroite, doit se substituer celle de spécificité de groupe ou plutôt de genre. La valeur de la réaction ne s'en trouve pas diminuée, les erreurs pouvant découler de cette sensibilité au ténia inerme étant facilement évitables quand on est prévenu de leur possibilité.

Ces réserves étant faites, la réaction de Casoni garde dans l'échinococcose une valeur diagnostique indiscutable que son extrême simplicité met à la portée de tout clinicien averti des divers types de réaction qu'il peut observer.

J. Nicolas, M. Favre et F. Lebeuf. ***L'intradermo-réaction dans la lymphogranulomatose inguinale*** (*Le Journal de Médecine de Lyon*, tome XI, n° 249, 20 Mai 1930). — C'est l'inoculation dans le derme d'un antigène préparé au moyen soit du pus, soit du tissu de ganglions lymphogranulomateux.

La réaction positive se traduit généralement par l'apparition d'une papule rouge sombre de 7 à 20 mm. de diamètre, quelquefois entourée d'une aréole érythémateuse plus pâle, apparaissant 24 heures après l'inoculation, présentant son maximum d'intensité 2 à 3 jours plus tard, disparaissant en général en 7 à 10 jours, parfois 2 à 3 semaines. Quelquefois la réaction prend la forme papulo-vésiculeuse, papulo-pustuleuse ou même franchement suppurée, véritable abcès dermique.

Sans avoir une valeur diagnostique absolue et vraiment spécifique, elle est presque toujours positive dans la lymphogranulomatose inguinale, négative dans les autres maladies. Son intensité paraît être en rapport avec celle de l'adénite. Elle apparaît de une à trois semaines après le début de l'infection, et persiste très longtemps, peut-être indéfiniment. Elle ne semble pas influencée par la vaccination spécifique.

Son existence, très utile pour le diagnostic de la maladie, prouve qu'il faut considérer la lymphogranulomatose inguinale comme une maladie générale s'accompagnant de modifications humorales, pouvant persister pendant de nombreuses années.

M. Favre. ***La syphilis musculaire latente*** (*Le Journal de Médecine de Lyon*, tome XI, n° 249, 20 Mai 1930). — F. rapporte l'observation d'une malade syphilitique, atteinte d'accidents viscéraux multiples, chez laquelle, à l'autopsie, il a découvert fortuitement des lésions de myosite gommeuse sous-jacente à des syphilides cutanées tertiaires tuberculo-ulcéreuses. Les altérations musculaires ne pouvaient être considérées comme la propagation dans la profondeur des lésions cutanées; elles en étaient séparées par l'aponévrose intacte et par une couche de muscle normal : il s'agissait de deux foyers superposés, mais indépendants l'un de l'autre.

Le myosite syphilitique avait évolué chez cette malade sans provoquer de gêne apparente dans les fonctions des groupes musculaires altérés.

F. insiste sur cette forme particulière de syphilis musculaire cliniquement latente. Il pose la question de la coexistence, peut-être plus fréquente qu'on ne le suppose, de lésions interstitielles et surtout musculaires évoluant au-dessous de lésions considérées comme purement cutanées. Il signale la fréquence insoupçonnée de la syphilis musculaire dont les types cliniques sont très variés, et qui est très souvent méconnue. Il se propose, dans une série de mémoires successifs, de faire connaître les observations qu'il a pu faire sur la syphilis musculaire, sur ses aspects cliniques, et sur ses lésions, qui mettent en jeu des processus histologiques d'une singulière complexité.

G. Massia et J. Rousset (Lyon). ***Les acquisitions récentes sur la question de la maladie de Paget du mamelon*** (*Le Journal de Médecine de Lyon*, tome XI, n° 249, 20 Mai 1930). — La maladie de Paget du mamelon est une entité morbide bien individualisée à l'heure actuelle, cliniquement et anatomiquement. On ne discute plus que sur sa pathogénie. En face des partisans de la maladie autonome, de la dyskératose pré-épithéliomateuse, susceptible de dégénérer et de donner naissance à un néoplasme, se dressent les partisans de la théorie du cancer épidermotrope.

L'étude de 5 cas que M. et R. ont eu l'occasion d'examiner récemment, les recherches qu'ils ont poursuivies sur la structure normale du mamelon des vieilles femmes, jointes aux constatations qu'ils ont faites dans des cas de dyskératose pré-épithéliomateuse d'autres régions, les font incliner vers l'opinion de la nature cancéreuse de la maladie de Paget. Mais ils estiment que les théories actuelles sont insuffisantes pour expliquer l'ensemble des faits observés, et ils proposent une nouvelle hypothèse, peut-être simple hypothèse d'attente et de travail, mais plus conforme, à leur avis, aux constatations récentes faites par M. et R. ou par d'autres auteurs.

D'après eux, donc, la maladie de Paget du mamelon est bien une affection cancéreuse, mais celle-ci est née dans le mamelon et elle se propage ensuite à la fois à la peau et dans la profondeur; de plus, ce cancer a un type spécial parce qu'il débute dans une région normalement dyskératosique. M. et R. ont pu constater, en effet, que, chez la femme âgée, plusieurs points dans le tissu épithélial du mamelon sont toujours abondamment pourvus de cellules dyskératosiques. Ces points sont : l'épiderme, l'abouchement épidermisé des galactophores et les canaux d'excrétion des glandes sébacées s'abouchant dans les galactophores. Ceci étant dit, on peut, disent M. et R., envisager ainsi la pathogénie de la maladie de Paget : une tumeur épithéliale se développe au niveau du canal d'une glande sébacée s'abouchant dans un canal galactophore, c'est-à-dire au niveau d'une zone formée par un tissu épithélial à cellules en dyskératose; cette tumeur est intramamelonnaire; elle s'étend ensuite de proche en proche dans les deux sens et atteint bientôt la peau qui est voisine en même temps qu'elle gagne dans la profondeur. L'évolution est lente, ce qui est fréquent dans les cancers cutanés (dans les baso-cellulaires par exemple). Après un temps variable d'évolution, le développement devient plus rapide et se fait sous la forme d'une tumeur dans les canaux galactophores profonds (dont le type d'épithélium a changé dès le mamelon).

J. DUMONT.

REVUE FRANÇAISE DE PÉDIATRIE
(Strasbourg)

M. Péhu et A. Policard (de Lyon). ***Recherches sur les troubles osseux dans la syphilis congénitale de la première enfance : l'ostéochondrite*** (*Revue française de Pédiatrie*, tome V, n° 6, Décembre 1929). — Cet article est le complément d'un premier mémoire inséré dans la même revue et qui concernait la périostite ossifiante. Dans ce deuxième mémoire P. et P. exposent de quelle façon on peut comprendre, d'un point de vue histo-physiologique, le mécanisme de l'ostéochondrite.

L'ostéochondrite commence pendant la vie intra-utérine, mais avant le 5e mois le spirochète ne lèse pas les os. D'autre part, on ne saurait trop insister sur ce fait que l'ostéochondrite n'atteint que les os de souche endochondrale : les os « membraneux » ne sont nullement frappés pendant la vie intra-utérine : c'est plus tard, au cours de la première année, qu'ils peuvent être atteints.

Après avoir rappelé sommairement la disposition et le fonctionnement de la zone d'ossification des os longs à l'état normal et insisté sur l'indépendance fondamentale des éléments osseux et hématopoïétiques cependant vivant côte à côte, P. et P. étudient les modifications observées dans l'ostéochondrite syphilitique de la première enfance. Les lésions, dans leur ensemble, sont localisées à la partie osseuse de la zone d'ossification. Par là elles s'opposent à celles du rachitisme qui sont surtout cartilagineuses. On note principalement une augmentation considérable des processus de résorption osseuse qui se déroulent normalement dans la partie profonde de la zone d'ossification. Souvent on constate une disposition irrégulière de la zone du cartilage sérié et du cartilage hypertrophié, mais on n'observe aucun changement fondamental de structure. Cet accroissement de l'intensité des processus de résorption dans l'ostéochondrite syphilitique semble pouvoir être mis en rapport avec une augmentation des phénomènes circulatoires.

La zone de résorption chez l'hérédo-syphilitique diffère encore du dispositif normal par un autre caractère : l'occupation du tissu conjonctif par des éléments hématopoïétiques ne s'y produit que tardivement et dans des conditions réduites. Cette insuffisance de l'occupation hématopoïétique de la moelle osseuse doit être rapprochée de la fréquence des symptômes anémiques chez les enfants atteints d'hérédo-syphilis osseuse.

Les conséquences des altérations syphilitiques de la zone d'ossification sont importantes. La fragilité des os s'explique par l'intensité de la résorption osseuse dans la zone sous-jacente au cartilage épiphysaire. La périostite dite « ossifiante », mais caractérisée primitivement par une raréfaction exagérée qu'entraîne la production d'ostéophytes dérive de l'ostéochondrite.

Fait curieux, chez ces enfants porteurs de lésions si importantes de la zone d'ossification, les phénomènes de croissance sont relativement peu modifiés. Cette constatation est en faveur de l'opinion récemment soutenue que le fonctionnement de la zone d'ossification a davantage pour effet d'élaborer un os de remplissage que de réaliser l'allongement des os, celui-ci étant surtout le fait du tube osseux périostique. G. Schreiber.

S. E. Burghi et Ch. Gianelle (de Montevideo). ***Troubles digestifs et de la nutrition déterminés chez le nourrisson par l'otite moyenne latente*** (*Revue française de Pédiatrie*, tome V, n° 6, Décembre 1929). — L'otite latente est extrêmement fréquente et grave dans les services hospitaliers de nourrissons qui reçoivent surtout des dystrophiques ou des débiles. B. et G. l'ont rencontrée 116 fois sur 310 nourrissons hospitalisés, c'est-à-dire dans 37 pour 100 des cas, et ce pourcentage s'élève à 80 pour 100 au cours des autopsies.

Cette otite latente est généralement méconnue. Le seul signe local est le *signe de Vacher* qui consiste en une douleur provoquée par la pression profonde du tragus. Plus importants sont les symptômes généraux : fièvre, baisse de poids, vomissements, diarrhée. Celle-ci survient même chez des enfants au sein, et elle ne guérit presque jamais par le traitement diététique s'il n'est pas accompagné du drainage de l'oreille.

Le diagnostic de l'otite latente est souvent délicat, surtout lorsque l'otite évolue de pair avec une autre maladie fébrile (pneumonie, bronchopneumonie, pyélite, entérite, etc.). Le diagnostic est précisé par l'otologiste.

La paracentèse double, précoce et étendue, bien surveillée, donne presque toujours de bons résultats. G. Schreiber.

Arvid Walgreen (de Göteborg). ***Sur la valeur diagnostique de l'érythème noueux*** (*Revue française de pédiatrie*, tome V, n° 6, Décembre 1929). — Au point de vue anatomique, l'érythème noueux n'est pas une affection tuberculeuse ; il est susceptible d'apparaître chez des enfants indemnes de tuberculose, mais cela est rare : sur 350 cas d'érythèmes noueux observés par W., 6 seulement n'étaient pas infectés par la tuberculose.

Cette constatation amène W. à considérer l'érythème noueux comme l'équivalent d'une réaction positive à la tuberculine ; mais, en outre, il fournirait la preuve que le processus tuberculeux est « en voie de déployer une certaine activité ». L'érythème noueux se manifeste d'ordinaire à un stade très spécial de la tuberculose, « à savoir en cet instant même où la période silencieuse et préallergique de l'incubation fait place à la première période clinique de la tuberculose ». Ainsi l'érythème noueux ne serait autre qu'un symptôme précoce de la tuberculose et, dans certains cas, son apparition doit faire suspecter l'exacerbation d'une tuberculose concomitante. G. Schreiber.

REVUE SUD-AMÉRICAINE DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE
(Paris)

Prof. A. Austregesilo (Rio-de-Janeiro). ***Parenté entre les atrophies musculaires Charcot-Marie, Déjerine et Sottas et la maladie de Friedreich*** (*Revue Sud-Américaine de Médecine et de Chirurgie*, tome I, n° 3, Mars 1930). — De cette intéressante étude critique, A. conclut que, en nosographie neurologique, on peut admettre une grande famille hypotrophique, dont l'arbre généalogique se distribue en plusieurs branches, la branche-type principale étant constituée par la maladie de Friedreich.

Il y a des sous-familles ou groupes syndromiques familiaux qui ont des points de parenté avec la maladie de Friedreich et qui doivent conserver les noms des auteurs qui ont, pour la première fois, donné leur description.

Du fait des données théoriques et pratiques, il y a parenté entre les atrophies Charcot-Marie et Déjerine-Sottas et la maladie de Friedreich. Les cas de Gallotti, de Biémond, de Deolindo do Couto montrent les relations entre ces formes morbides, déjà affirmées par Raymond et Marinesco. Les faits cliniques et anatomo-pathologiques augmentent les raisons de l'opinion émise par l'auteur. L. Rivet.

MONATSSCHRIFT für KINDERHEILKUNDE
(Leipzig)

G. Bischoff et K. Hiestermann (de Göttingen). ***La propriété anticétogénique du lactose et du galactose chez le nourrisson*** (*Monatsschrift für Kinderheilkunde*, tome XLVI, fasc. 5, Mars 1930). — L'organisme du nourrisson présente à l'égard du galactose une tolérance moindre qu'à l'égard du lactose et du dextrose. Cette tolérance est généralement atteinte dès que l'on administre 0 gr. 3 de galactose par kilogramme et par heure.

Les recherches entreprises par B. et H. montrent, d'autre part, qu'au point de vue de l'apparition de l'acétonurie, il n'y a pas de très grandes différences à établir entre ces sucres. L'administration aux nourrissons de lactose ou de galactose pur permet de retarder ou d'empêcher l'acétonurie et les doses de ces sucres qu'il est nécessaire de prescrire pour obtenir les effets anticétogéniques désirés ne sont guère plus élevées que les doses de dextrose susceptibles de fournir le même résultat. G. Schreiber.

DERMATOLOGISCHE WOCHENSCHRIFT
(Leipzig)

Lewith et Langecker. ***Un cas de dermatite due au ratanhia*** (*Dermatologische Wochenschrift*, t. XC, n° 14, 5 Avril 1930). — L'inflammation de la muqueuse buccale et l'eczéma péribuccal par les eaux et les pâtes dentifrices sont actuellement bien connus.

L. et L. rapportent un cas de stomatite et de dermite péribuccale due à la teinture de ratanhia. Chez un homme de 33 ans atteint de scorbut, on prescrit un badigeonnage des gencives avec une mixture composée de teinture de ratanhia, teinture de noix de galle et de teinture d'opium, avec gargarismes à l'eau oxygénée. 4 jours après le début de la médication, apparaît une tuméfaction des lèvres et, le lendemain, un eczéma péribuccal qui s'étendit à la moitié gauche de la face et causa un œdème des 2 paupières. Les cuti-réactions faites avec les divers médicaments employés montrèrent que seule la teinture de ratanhia déterminait une cuti-réaction positive.

Ce malade présentait donc une idiosyncrasie cutanée vis-à-vis de la teinture de ratanhia dont le principe actif est le rouge de ratanhia ou acide ratanhia-tannique. R. Burnier.

Fellner. ***Action désensibilisante des rayons ultra-violets comme facteur de guérison d'un eczéma professionnel (dermatite du saxophoniste)*** (*Dermatologische Wochenschrift*, tome XC, n° 14, 5 Avril 1930). — Un musicien avait, depuis 2 ans, une affection tenace et récidivante des lèvres qui l'empêchait de jouer du saxophone. On notait sur les deux lèvres, empiétant sur la muqueuse, une lésion mal délimitée, grande comme une pièce de un thaler, rouge, œdématiée, suintante avec nombreuses vésicules. Le reste de la peau et les autres muqueuses étaient indemnes. Les ganglions régionaux étaient légèrement engorgés. On porta le diagnostic d'eczéma labial et on pensa à l'étiologie possible par les eaux et pâtes dentifrices. Cette cause ayant été éliminée, F. songea à une anaphylaxie possible vis-à-vis du bois, une sorte de roseau, qui constituait l'embouchure du saxophone. Le malade ayant cessé de jouer de son instrument pendant quelque temps, l'eczéma disparut complètement; il reparut quand le musicien voulut reprendre son métier.

Dans le but de désensibiliser le malade vis-à-vis du bois de son instrument, F., utilisant la technique de Naegeli concernant l'iodosyncrasie à l'acide chrysophanique, soumit le malade aux rayons ultra-violets. Il fit 5 irradiations de la dose d'érythème et suspendit tout autre traitement. Une amélioration apparut rapidement et, à la 3e irradiation, le malade put souffler dans son instrument sans provoquer d'eczéma. Depuis Août 1929, le malade reste guéri.

A noter que la macération à l'alcool de bois de roseau ne causa au malade aucune irritation quand on l'appliqua en un autre point de la surface cutanée. R. Burnier.

MEDIZINISCHE KLINIK
(Berlin)

F. Kraus. ***Une nouvelle méthode de thérapeutique hyperémiante des affections chroniques du cerveau et de la moelle par la diathermie*** (*Medizinische Klinik*, tome XXV, n° 50, 13 Décembre 1929). — Parmi les effets de l'hyperémie déterminée par la

diathermie, il en est un auquel K. attache une grande valeur : c'est la stimulation fonctionnelle des tissus traités.

Partant de ce principe, K. a traité avec succès par la diathermie un grand nombre de malades atteints d'affections de la moelle, des nerfs de la queue de cheval ou des nerfs périphériques. Il relate brièvement quelques-uns des plus beaux résultats obtenus. Il associe souvent, d'ailleurs, la radiothérapie à la diathermie.

Il a été conduit à la diathermie cérébrale par une observation qu'il a faite chez un malade traité par la méthode de Liebesny.

Ce dernier auteur avait avancé qu'il obtenait des améliorations fonctionnelles par la diathermie de la région hypophysaire, chez les malades des deux sexes qui présentaient des troubles génitaux d'insuffisance hypophysaire.

Reprenant les essais de Liebesny, K. remarqua que la diathermie de l'hypophyse, ou, selon son expression, la « diathermie du cerveau moyen », déterminait en outre une réaction très typique : une abondante diurèse, qui se produit dès le lendemain de la séance de diathermie et qui peut atteindre 3, 4, même 5 litres. K. reproduit 3 courbes qu'il considère comme démonstratives à cet égard. Un autre malade, qui ne réagissait pas à la diathermie par la diurèse, présentait des signes d'artérite syphilitique de la région thalamique.

K. essaya alors de traiter par la diathermie un certain nombre d'affections chroniques de l'encéphale, et il obtint des améliorations fonctionnelles et subjectives importantes dans des observations qu'il résume : 7 cas d'encéphalite léthargique, 2 cas de maladie de Parkinson, 2 cas de chorée de Sydenham, 3 cas d'hémiplégie spasmodique.

Des malades des âges les plus variés (de 9 ans à 68 ans) ont très bien supporté le traitement; parfois ils accusaient un peu de vertige transitoire au début du passage du courant, mais la plupart des patients considéraient plutôt comme agréable la séance de diathermie, et il ne s'est jamais produit aucun accident.

Les courants employés étaient d'abord faibles. K. préfère maintenant utiliser des intensités plus fortes, et espacer davantage les séances. Le dosage est réglé par la tolérance individuelle de chaque malade. Le courant est appliqué sur toute la boîte cranienne. Les patients sont couchés pendant toute la séance et restent couchés pendant la demi-heure suivante.

J. Mouzon.

A. Dzialoszynski. *La transfusion sanguine comme cure de désintoxication* (*Medizinische Klinik*, tome XXVI, n° 1, 3 Janvier 1930). — A la clinique chirurgicale du professeur A. W. Meyer, à Charlottenburg-Westend, 72 transfusions sanguines ont été pratiquées au cours de la dernière année. Sur ce nombre, 48 l'ont été en vertu des indications communément admises : anémie aiguë par grande hémorragie, ou anémie lente par saignement prolongé, d'origine gastrique, intestinale ou génitale, — syndrome hémorragique d'origine cholémique ou hémophilique, — préparation et suites des opérations très choquantes. Mais 24 transfusions ont été entreprises avec une autre intention pour combattre l'intoxication de l'organisme. D. cite 3 cas de colite ulcéreuse grave, 2 cas de méningite, une série d'observations de péritonites septiques par occlusion intestinale, 3 cas d'origine appendiculaire ou salpingienne, 1 cas de pancréatine aiguë avec stéatonécrose, 5 autres de fièvre persistante post-opératoire d'origine indéterminée (appendicite, gastro-entérostomie, périmétrite). Les résultats ont été excellents dans toutes ces observations. Ils ont été moins encourageants dans la septicémie puerpérale.

Il faut rapprocher de ces succès ceux que Riehl a signalés dans les brûlures graves, Œhlecker dans la pancréatite aiguë, Victor Blum dans l'insuffisance rénale, Seitz dans l'éclampsie puerpérale.

Sur les 72 transfusions, 57 ont utilisé, comme donneurs, des parents du malade; pour les 12 autres, il a fallu s'adresser à des malades de la clinique ou à des donneurs professionnels.

L'épreuve des sangs a été faite par la méthode croisée de Werner Schultz, d'Œhlecker et de Bischoff, par mise en contact direct des deux sangs, sans détermination des groupes. Cette méthode paraît être la plus sûre, elle a permis de ne jamais avoir d'accident. La petite transfusion d'essai préalable, proposée par Bier, ne met pas à l'abri des accidents.

L'appareillage utilisé est celui de Beck; qui transfuse 3 cmc 1/2 à chaque coup de pompe. Il permet de réaliser une transfusion de 600 à 800 cmc en 15 à 20 minutes.

J. Mouzon.

BRUXELLES MÉDICAL

R. Pla Y Armengol (de Barcelone). *Sur la virulence du sang dans la tuberculose* (*Bruxelles médical*, tome X, n° 20, 16 Mars 1930). — P. s'est livré à un grand nombre d'expériences pour montrer l'existence du virus tuberculeux dans le sang des malades et des animaux. Il a inoculé du sang de 205 cobayes tuberculisés et de 27 malades certainement tuberculeux. Dans tous les cas l'inoculation a déterminé la mort de l'animal inoculé.

Mais le tableau morbide durant la vie et les lésions *post-mortem* n'ont pas été les mêmes chez tous les cobayes ainsi inoculés avec du sang de tuberculeux. Le sang de 99 cobayes tuberculisés avec du caséum a déterminé 3 fois l'évolution d'une tuberculose type Villemin avec tubercules typiques dans divers organes et présence du bacille de Koch dans les frottis des ganglions et de la rate, et 96 fois un tableau de septicémie aiguë ou chronique, avec amaigrissement progressif et cachexie mortelle. A l'autopsie de ces derniers cobayes, on a observé chez tous des lésions inflammatoires; sur 6, des ganglions « engorgés » et sur un des ganglions suppurés; les 89 restants avaient les ganglions normaux. Chez ces cobayes, on ne trouva le bacille de Koch ni dans les frottis de la rate, ni dans ceux des ganglions et on ne put observer aucun tubercule dans les viscères.

Le sang de 39 cobayes tuberculisés avec des cultures de bacilles de Koch a déterminé 3 fois une tuberculose avec tubercules et bacilles dans les organes et 36 fois une cachexie mortelle avec seulement des lésions inflammatoires.

De l'ensemble il résulte que l'inoculation de saug de cobayes tuberculisés produit une tuberculose typique avec bacilles de Koch dans 5,95 pour 100 des cas et un tableau de septicémie et de cachexie mortelles, sans lésion spécifique ni bacilles de Koch, dans 94,15 pour 100 des cas. Les inoculations de sang de 27 malades ont donné des résultats analogues avec les proportions respectives de 3,70 pour 100 et de 96,30 pour 100.

On peut donc affirmer que le sang des tuberculeux possède, dans tous les cas, un pouvoir pathogène mortel pour le cobaye et que cette action pathogène se transmet en série, prouvant l'existence d'un virus pathogène dans le sang du tuberculeux.

C'est seulement dans un pourcentage réduit des cas (environ 5 pour 100) que l'action pathogène du sang aboutit au tableau morbide de la tuberculose classique avec formation de la lésion type avec tubercules et que l'on peut mettre en évidence la présence du bacille de Koch. Dans 95 pour 100 des cas, le virus pathogène du sang détermine un tableau différent à type septicémique, ne produit que des lésions d'aspect banal dans lesquelles on ne peut mettre en évidence le bacille de Koch.

Robert Clément.

R. Pla y Armengol (de Barcelone). *Sur la virulence du sang dans la tuberculose* (*suite et fin*) [*Bruxelles médical*, tome X, n° 21, 23 Mars 1930]. — Les investigations déjà nombreuses réalisées avec les formes filtrantes du virus de la tuberculose démontrent que l'inoculation de ces formes aux cobayes détermine presque toujours l'évolution d'un tableau morbide de type septicémie chronique avec dénutrition et cachexie et, à l'autopsie, lésions inflammatoires « phlogistiques », sans tubercules, parfois avec adénites et quelquefois sans elles, et très souvent sans qu'il soit possible de démontrer la présence de bacilles de Koch. On peut donc admettre, comme tuberculeux, les tableaux morbides à type septicémique et les lésions sans tubercules et sans bacille observés chez l'homme.

Le germe de la tuberculose constitue une seule espèce microbienne qui se présente sous des formes différentes réversibles entre elles, qui s'adaptent suivant les conditions d'évolution et de milieu pour produire des syndromes cliniques et des lésions différentes.

Pour l'auteur les formes du virus tuberculeux qui étio-pathogéniquement, méritent plus d'attention peuvent être ramenées à trois.

1° Une *forme d'attaque*, dans laquelle l'auteur range celles décrites par Ravetllat-Pla sous le nom de « bactérie d'attaque », les formes filtrantes du caséum de Fontes et quelques-unes des formes filtrantes des cultures de Vaudremer. Elles ont de commun d'être granulaires, en coccus, de ne pas être acido-résistantes, d'être toujours toxigènes et « phlogogènes » et peu tuberculigènes.

2° Une *forme de transition* ou intermédiaire comprenant la phase jeune non acido-résistante du bacille de Koch dans les cultures, les granules de Much les granules intra-cellulaires du caséum de Ravetllat-Pla, quelques-unes des formes décrites par Vaudremer, Ferran, etc. Elle peut évoluer *in vivo* et *in vitro* vers la forme d'attaque ou vers la forme de résistance.

3° La *forme de résistance* correspond au classique bacille de Koch. Elle représente pour l'auteur une modalité spéciale de la spore du virus tuberculeux.

Les résultats des inoculations permettraient d'admettre que la forme du virus qui se trouve dans le sang des animaux tuberculeux est, dans 5 pour 100 des cas, la forme tuberculigène, le bacille de Koch et, dans 95 pour 100 des cas, la forme toxigène et « phlogogène », la « bactérie d'attaque » ou quelqu'une des formes qui constituent des modalités de la même bactérie.

De nombreuses hémocultures avec le sang de cobayes ou de malades tuberculeux ont confirmé l'auteur dans l'opinion que la forme du virus tuberculeux, qui se trouve constamment dans le sang des tuberculeux actifs, est la forme d'attaque dans ses diverses modalités et de façon prédominante, sous la modalité de coccis, diplocoques et tétrades.

Le sang doit être considéré comme la principale voie de dissémination du processus tuberculeux, et probablement le système lymphatique, non seulement n'est pas la voie d'invasion comme on l'avait supposé, mais spécialement les ganglions sont surtout des lieux d'arrêt, de rétention, de cantonnement de certaines formes du germe.

La tuberculose doit être considérée comme une infection générale et traitée comme telle.

Robert Clément.

THE BRITISH MEDICAL JOURNAL
(Londres)

Hutchison et Rowlands. *Etude de la psittacose* (*The British medical Journal*, n° 3613, 5 Avril 1930). — H. et R. font une étude très complète de la psittacose, à la fois historique et clinique. Les observations détaillées de 27 cas récents de la maladie survenus en Angleterre y sont reproduites ainsi que les constatations anatomiques faites à l'autopsie de 5 malades décédés.

Cliniquement, la maladie s'est toujours présentée comme un pseudo-typhus avec symptômes pulmonaires importants.

Du point de vue bactériologique, le rôle du *bacillus psittacosis* semble nul : il est fort probable que la maladie est due à un virus filtrant, malgré son analogie clinique avec les affections du groupe coli-typhus.

R. Rivoire.

Herapath et Perry. *Les artères coronaires dans un cas de propension familiale à la mort subite* (*The British medical Journal*, n° 3614, 12 Avril 1930).

— H. et P. rapportent l'histoire d'une famille où le père et deux enfants moururent subitement.

En 1924, le cœur du second fils fut examiné, et des lésions macroscopiques des artères coronaires, de type athéromateux, furent observées.

En 1927, l'un des auteurs eut l'occasion d'examiner le troisième fils de cette famille, âgé de 31 ans, qui se plaignait de douleurs angineuses. Un mois après, celui-ci mourut aussi subitement. A l'autopsie, les artères coronaires furent trouvées épaissies et athéromateuses. Après injection avec de la gélatine barytée, une radiographie montra des oblitérations nombreuses et disséminées des artères intracardiaques, et, en outre, une disposition vasculaire du type « vieillard » (irrigation du cœur gauche nettement prédominante sur celle du cœur droit). A la coupe, les artères coronaires se sont montrées nettement athéromateuses.

Quant à la cause de cette athéromatose coronaire et familiale, rien ne permet de conclure à la syphilis : Wassermann négatif chez tous les membres de la famille; aucun signe clinipue de syphilis; 6 autres frères et sœurs absolument normaux.

R. Rivoire.

R. D. Lawrence. ***Le traitement de cas désespérés de coma diabétique*** (*The British medical Journal*, n° 3614, 12 Avril 1930). — Tous les médecins savent que nombre de comas diabétiques se terminent par la mort, même depuis l'apparition de l'insuline. Cette évolution fatale s'observe surtout quand le coma s'accompagne de déshydratation extrême, avec hypotonicité des globes oculaires et anurie. L. a obtenu des succès remarquables dans des cas tout à fait désespérés de coma, avec déshydratation maxima, en traitant ces malades à la façon des cholériques dont ils se rapprochent par les symptômes : injections intraveineuses de sérum salé hypertonique (12 pour 1.000) en quantité formidable variant entre 4 et 7 litres en quelques heures. Les injections de sérum salé sont complétées par une injection intraveineuse de 3/4 de litre de solution de gomme d'acacia (solution qui ne diffuse pas dans les tissus, reste dans les vaisseaux et remonte la tension artérielle).

Ces injections intraveineuses se font très facilement à l'aide de la seringue à transfusion de Juhé; on ajoute dans le liquide de l'insuline et des toni-cardiaques, tels que l'adrénaline, pour lutter contre la défaillance cardiaque.

Les injections de quantité énorme de liquide sont admirablement tolérées. L. n'a jamais observé ni œdème des jambes, ni œdème pulmonaire. Les résultats sont magnifiques, les malades sortant du coma en quelques heures et se rétablissant très rapidement.

R. Rivoire.

THE LANCET

(Londres)

Carmichael Low et D. Strangways. ***Le traitement de l'éléphantiasis par les chocs protéiques*** (*The Lancet*, tome CCXVIII, n° 5550, 11 Janvier 1930). — L. et S. ayant obtenu un résultat remarquable, en 1927, en traitant une jeune femme atteinte de filariose éléphantiasique récente par des injections intraveineuses de T. A. B., ont entrepris d'essayer la méthode des chocs protéiques dans plusieurs autres cas d'éléphantiasis filarienne. Malheureusement, les résultats se sont montrés beaucoup moins favorables, au point que les essais ont été abandonnés.

R. Rivoire.

ARCHIVES OF NEUROLOGY and PSYCHIATRY

(Chicago)

Wilder Penfield et Arthur Young. ***La nature de la maladie de Recklinghausen et des tumeurs qui lui sont associées*** (*Archives of Neurology and Psychiatry*, tome XXIII, n° 2, Février 1930). — Après un bref historique de la question et la relation de quelques observations anatomo-cliniques personnelles, les auteurs considèrent que les tissus susceptibles de donner naissance aux tumeurs observées dans cette affection peuvent reconnaître une triple origine : les troncs nerveux, les méninges, le système nerveux central.

Aux dépens des troncs nerveux se développent des néoformations constituées par un tissu réticulaire enchevêtré. Les fibres nerveuses sont épaissies en raison de l'hyperplasie périneuronale du tissu conjonctif, et parfois gonflées. Elle peuvent subir la dégénérescence hyaline. Antoni distingue deux types de neurofibromes : l'un contenant des noyaux en palissade avec polarisation des éléments cellulaires ; l'autre ne présentant pas ces caractères, mais contenant des fibroblastes qui ont subi la dégénérescence collagène. Les fibroblastomes purs pourront être aisément distingués des neurofibromes par le fait que les premiers n'ont de fibres nerveuses que dans leur capsule engainante, alors que dans les seconds on en voit qui traversent la masse tumorale.

A la face interne de la dure-mère, on peut observer une hyperplasie des cellules arachnoïdiennes, point de départ possible de fibroblastomes méningés, comparable à l'hyperplasie du tissu connectif des gaines périneurales.

Dans le système nerveux central, on peut observer des plaques de gliose avec hyperplasie des astrocytes adultes, et des cellules épendymaires, cellules hautement différenciées de la série spongioblastique, qui peuvent être le point de départ de tumeurs. D'après l'opinion de Bielchowski et de Rose, de Verocay et d'Antoni, il semble que le point de départ des tumeurs des nerfs périphériques comme de celles du système nerveux central soit constitué par des éléments cellulaires adultes, et non embryonnaires.

Le développement de ces tumeurs est vraisemblablement la conséquence d'une cause irritative locale, plutôt que le fait d'une hyperplasie d'éléments tératologiques dont le vice de structure originelle reste encore à prouver.

H. Schaeffer.

Fremont-Smith, Putnam et Cobb. ***Drainage forcé du système nerveux central*** (*Archives of Neurology and Psychiatry*, tome XXIII, n° 2, Février 1930). — Les auteurs rapportent l'usage qu'ils ont fait de la méthode proposée par Kubie en 1926 pour le drainage du système nerveux central et dont le principe est le suivant.

Le liquide céphalo-rachidien, dialysat dérivé du sérum sanguin, en état d'équilibre osmotique et hydrostatique avec lui, provient de la filtration au niveau des plexus choroïdes et des capillaires du système nerveux central qui drainent les espaces périvasculaires. On peut augmenter cette filtration soit en augmentant la pression hydrostatique dans les capillaires, soit en rendant le sang hypotonique. Ces faits ont été amplement démontrés par les travaux de Mestrezat, de Thomas, de Tescher, de Weed.

Le procédé le plus simple est de rendre le sang hyptonique en faisant ingérer au sujet une grande quantité de liquide, après avoir fait une injection d'extrait hypophysaire, de façon a retarder la diurèse. La recherche dans le sang et le liquide céphalo-rachidien, au début et à la fin de l'expérience, du point de congélation, des protéines totales, des nitrogènes non protéiniques, du sucre, des substances solides, du chlore et du sodium, démontre par des faits la véracité de cette hypothèse.

On pourra ainsi, en faisant un point d'appel par une rachicentèse, espérer pratiquer un véritable lavage du système nerveux central dans les maladies infectieuses, et, en particulier, dans la sclérose multiloculaire, comme le proposent les auteurs.

H. Schaeffer.

Low. ***Encéphalite aiguë, toxique, non suppurative chez l'enfant; étude anatomo-clinique de 5 cas*** (*Archives of Neurology and Psychiatry*, tome XXIII, n° 4 Avril 1930). — L'encéphalite aiguë, non suppurative, est connue depuis longtemps. On en a distingué trois types : l'encéphalite hémorragique, type Strumpell, Leichtenstern ; une encéphalite post-infectieuse, séquelle d'affections exanthématiques ou de grippe, décrite par Oppenheim, Abt et d'autres ; l'encéphalite épidémique.

Plus récemment, de nombreux auteurs ont rapporté toute une série de faits ne correspondant pas à la classification signalée ci-dessus. Il faut signaler les observations d'Anderson, de Brown et Symmers, Stoos, Grinker et Stone, etc.

L. rapporte 5 cas personnels d'enfants atteints d'encéphalite d'origine indéterminée, ayant duré de 2 à 40 jours, et tous terminés par la mort. Ils se caractérisaient cliniquement par une température élevée, des signes pyramidaux, de la somnolence, des convulsions, du coma. Certains présentèrent des signes pupillaires et des parésies oculaires transitoires, des signes de réaction méningée. L'un d'entre eux eut une otite moyenne suppurée et une bronchopneumonie.

De l'examen histologique soigneux de ces 5 cas, L. conclut qu'on peut distinguer deux types d'encéphalite toxique chez l'enfant : l'un avec des lésions de lyse cellulaire suraiguë et des modifications de la glie à type surtout régressif, l'autre avec des lésions de lyse cellulaire aussi, mais avec organisation progressive du tissu de glie. L'atteinte prééminente des éléments de l'ectoderme est un des caractères essentiels de ces encéphalites. On n'observe pas d'infiltration périvasculaire, la réaction mésodermique se borne à une hypertrophie des cellules endothéliales et à une hyperplasie des cellules adventitielles.

L'évolution plus ou moins rapide du processus dépend de la virulence plus ou moins grande de la toxine qui conditionne les encéphalites.

H. Schaeffer.

Elsberg et Cramer. ***Ponctions lombaires multiples; leur valeur pour la localisation et le diagnostic des tumeurs de la queue de cheval*** (*Archives of Neurology and Psychiatry*, tome XXIII, n° 4, Avril 1930). — Le meilleur procédé pour diagnostiquer et localiser les tumeurs de la queue de cheval consiste dans l'utilisation des ponctions lombaires faites à différents niveaux, entre D^{12} et L^5. La recherche de l'épreuve manométrique lombaire, telle qu'elle a été indiquée par Stookey, et du taux global des protéines, permettra dans la majorité des cas de préciser le siège de la tumeur, et, dans une certaine mesure, son volume.

E. et C. montrent dans un tableau synoptique les résultats obtenus par ce procédé dans 10 cas de tumeur de la queue de cheval et du cône médullaire d'une part, et dans 8 autres cas, d'autre part.

E. et C. estiment que cette technique doit être suffisante et permettre de s'abstenir d'injections de lipiodol, corps étranger que ces auteurs répugnent à introduire dans les espaces sous-arachnoïdiens en raison des douleurs radiculaires qu'il est susceptible de déterminer.

H. Schaeffer.

Hiller et Grinker. ***Troubles circulatoires fonctionnels et destruction organique des vaisseaux sanguins du cerveau*** (*Archives of Neurology and Psychiatry*, tome XXIII, n° 4, Avril 1930). — Des travaux anatomo-cliniques et expérimentaux récents ont montré que des troubles circulatoires fonctionnels peuvent déterminer des lésions organiques des centres nerveux, souvent difficiles à distinguer de celles que peuvent réaliser des oblitérations vasculaires. Et il est vraisemblable qu'entre les lésions réparables et les altérations anatomiques définitives toutes les formes de passage existent.

Richer a montré qu'une excitation des nerfs vasomoteurs détermine d'abord de la vaso-dilatation, puis de la vaso-constriction qui s'accompagne de préstase, puis de stase avec transsudation séreuse, diapédèse des érythrocytes, pouvant aboutir à la constitution d'un foyer de ramollissement rouge.

Des causes multiples peuvent réaliser des lésions analogues : l'empoisonnement par l'oxyde de carbone, les embolies aériennes, graisseuses, l'artériosclérose cérébrale, l'éclampsie. Husler et Spatz rapportent, en particulier, un cas d'éclampsie qui entraî-

des lésions de nécrose affectant électivement dans l'écorce les cellules des couches inférieures de la substance grise, avec réaction gliale consécutive, avec lésions de la corne d'Ammon et des ganglions centraux. Neuburger rapporta 2 cas identiques.

H. et G. rapportent en détail un cas analogue d'éclampsie où, en l'absence de toute lésion vasculaire décelable, on observa des lésions allant de l'ischémie simple au ramollissement, intéressant l'écorce sous forme de lésions en foyer, et la corne d'Ammon, avec intégrité de la substance blanche. H. et G. insistent sur la vaso-dilatation énorme existant dans les zones ramollies et le calibre normal des vaisseaux dans les régions saines.

H. et G. rapportent ensuite, par comparaison, un cas de ramollissement par oblitération mécanique d'une des branches de la sylvienne, et comparent les lésions dans les deux cas. H. Schaeffer.

Frazier. ***Une série de syndromes pituitaires; commentaires sur les points de vue pathologique, clinique et thérapeutique*** (*Archives of Neurology and Psychiatry*, tome XXIII, n° 4, Avril 1930). — Depuis 1912, F. a réuni 231 cas d'affections hypophysaires : 129 de lésions pituitaires primitives, 21 de tumeurs du tractus pharyngé, 37 de lésions suprasellaires, 44 de dysfonction hypophysaire.

Dans cet article, richement iconographié et fort instructif, F. rapporte 10 observations particulières consécutives, suivies chacune d'un commentaire spécial. Nous les énumérerons brièvement :

1er Cas : Adénome avec amélioration par irradiation. Observé 3 ans. — 2e Cas : Kyste de la poche pharyngée, avec cachexie hypophysaire et amélioration par l'opération. Observé 3 ans. — 3e Cas : Adamantinome amélioré par l'opération. Observé 3 ans. — 4e Cas : Adéno-carcinome envahissant les sinus et la fosse postérieure. Terminaison fatale après énucléation de la tumeur. — 5e Cas : Adénome avec symptômes prononcés d'hypopituitarisme. Guérison opératoire. Effets remarquables de l'opothérapie. Observé 4 ans. — 6e Cas : Adéno-carcinome avec large amélioration des symptômes, et réapparition des règles. Observé 8 ans. — 7e Cas : Kyste pituitaire avec baisse successive de la vision des deux yeux. Après évacuation du kyste par voie transsphénoïdale, le malade est en parfaite santé 8 ans après. — 8e Cas : Adénome pituitaire s'étant manifesté par une perte de la libido, une baisse de la vue, des troubles de la mémoire et du caractère. 11 ans après une 1re intervention (décompression trans-sphénoïdale) et 9 ans après l'extirpation de la tumeur par voie transfrontale, le malade est en bonne santé. — 9e Cas : Adénome pituitaire avec troubles de la vision marqués sans signes hypophysaires. Guérison après intervention par voie transfrontale. — 10e Cas : Volumineux adénome pituitaire avec céphalées, vertiges, hallucinations visuelles et baisse de la vision; craniotomie transfrontale bilatérale, en deux temps, à 3 mois d'intervalle, avec extirpation de la tumeur. Le malade recouvre son champ visuel.

Cette sèche énumération donnera, à ceux que la question des tumeurs de la région hypophysaire intéresse, le désir salutaire et profitable, nous en sommes sûrs, de lire le travail de F. dans l'original.

H. Schaeffer.

THE AMERICAN JOURNAL of OBSTETRICS and GYNECOLOGY (Saint-Louis)

Donald Macomber. ***Etude statistique et clinique de 1.000 cas de stérilité*** (*American Journal of Obstetrics and Gynecology*, 1929, tome XVII, n° 5). — L'auteur expose les résultats auxquels il est arrivé en examinant et en soignant un millier de cas de stérilité qu'il a suivis dans sa clientèle privée et dans celle de son associé Edwards Reynolds.

Les cas ont été vus jusqu'au 1er Avril 1928 et n'ont été l'objet d'aucune discrimination. Malgré l'importance des chiffres, il n'en est pas moins vrai que certains groupes sont trop petits pour présenter des conclusions significatives.

M. insiste sur le grand intérêt d'établir les statistiques d'après la clientèle privée plutôt que d'après celle des hôpitaux. Seule la clientèle qui paie consent à dépenser son argent et à s'imposer les ennuis des examens et des traitements compliqués qui peuvent être nécessaires. D'autre part, seuls, ils peuvent être suivis au point de vue des résultats fonctionnels éloignés et ceci est encore plus nécessaire dans le domaine de la stérilité que pour n'importe quelle autre branche de la médecine.

Il est extrêmement important de prendre en considération que la stérilité est une maladie du couple et non de l'individu, qu'un même individu peut avoir deux ou plusieurs facteurs de stérilité ou, tout au moins, de moindre fécondité et, enfin, qu'une même cause morbide peut exister chez les deux individus d'un couple (endocervicite chez la femme, par exemple, et prostatite chez l'homme).

On peut trouver, chez certains individus, une cause de stérilité qui soit absolue (qu'elle soit guérissable ou non). Mais beaucoup d'individus ne sont pas stériles encore qu'ils aient une maladie qui, chez d'autres, serait stérilisante.

Ces considérations amènent M. à faire allusion à une notion qu'il a introduite avec Reynolds dans ce problème, c'est à savoir la notion du « seuil de reproduction ». [J'ai exposé en détail ses travaux in *Concours médical* du 13 Juillet 1924 et in *Progrès médical* du 16 Février 1929.] La numération des spermatozoïdes lui semble permettre de serrer la solution de plus près en ce qui concerne le sexe masculin. Pour le sexe féminin, actuellement, c'est affaire d'impression que d'évaluer le seuil. Un seuil conjugal, calculé d'après la moyenne des deux seuils individuels, ne permet pas de compter sur un enfant.

M. insiste ensuite sur la difficulté de classer les causes de stérilité et d'établir des statistiques en cette matière.

Une première classification lui permet de distinguer les cas masculins (197), les cas féminins (619), les cas mixtes (186) et les diagnostics non satisfaisants (68).

La classification par maladies peut se résumer ainsi, dans la place limitée dont nous disposons : I, col (déchirure, sténose, hypertrophie), 3,1 p. 100; II, col (antéflexion), 8,3 p. 100 ; III, col (endocervicite), 5,2 p. 100 ; IV, utérus hypotrophique ou double, 4,8 p. 100; V, fibromes utérins, 5,2 p. 100 ; VI, rétroversion, 12,9 p. 100; VII, imperméabilité tubaire, 13,4 p. 100 ; VIII, dégénérescence kystique des ovaires, 9,1 pour 100; IX, congestion pelvienne, 4,1 p. 100 ; X, âge, 1,4 p. 100; XI, obésité, 4,9 p. 100; XII, émaciation, 0,9 p. 100 ; XIII, anémie, 1,4 p. 100; XIV, divers, 0,6 p. 100 ; XV, cas masculins (vésiculo-prostatite, 5,3 p. 100, varicocèle, malformation; oligospermie, aspermie, épididymite, âge, impuissance, constitution défectueuse) ; XVI, diagnostics non satisfaisants.

M. expose ensuite le détail de ces diverses catégories et quelques considérations sur l'examen du sperme.

Il passe ensuite aux résultats ; 208 gestations à terme, 28 avortements et extra-utérines et 11 œufs clairs (sur 1.070 femmes). Les pourcentages de gestation à terme, par groupe, ont été les suivants : I, 33,3 p. 100; II, 19,2 p. 100; III, 29 p. 100; IV, 15,7 p. 100 ; V, 17,9 p. 100; VI, 23,9 p. 100; VII, 7,6 p. 100; VIII, 26,8 ; p. 100; IX, 75 p. 100 ; X, 0; XI, 19,2 p. 100 ; XII, 40 p. 100 ; XIII, 12,5 pour 100; XIV, 0; XV, 13,7 p. 100. Henri Vignes.

F. C. Irving et J. V. Taylor. ***Le traitement de la toxémie gravidique convulsive par la saignée suivie de réinjection des globules*** (*American Journal of Obstetrics and Gynecology*, 1929, t. XVII, n° 6). — La conception la plus habituellement admise de l'éclampsie se fonde sur l'hypothèse d'une toxine dont la nature et le lieu d'origine restent inconnus.

Puisque le sang circulant contient cette substance, on peut en débarrasser l'organisme par une saignée copieuse. Mais, si la saignée est réellement copieuse, il en résulte une anémie marquée et une moindre résistance aux infections éventuelles du post-partum.

Or les toxines de la plupart des maladies sont dissoutes dans le plasma et non sur les globules. On peut supposer qu'il en est de même pour la toxine de l'éclampsie. Le problème consiste donc à se débarrasser du plasma.

I. et T. (qui, par ailleurs, emploient la méthode de Stroganoff) dénudent la médiane basilique sous anesthésie locale et recueillent 1 litre de sang dans une solution citratée. Ils obtiennent une chute nette de la pression. Le sang est réparti dans des tubes à centrifuger par doses de 250 cmc. Après centrifugation, on siphonne le plasma surnageant. On lave les globules à la solution physiologique et on centrifuge à nouveau. Le nouveau culot, ramené au volume initial du sang soustrait par addition de solution physiologique, est réinjecté au sujet.

I. et T. ont traité par cette méthode : 1° 5 éclamptiques qui ont guéri; 2° 4 cas de prééclampsie où l'hypertension et l'albuminurie disparurent; 3° 5 cas de néphrite chronique où l'amélioration fut légère, se traduisant par une diminution des œdèmes et une augmentation du débit urinaire.

Henri Vignes.

ACTA DERMATO-VENEREOLOGICA (Stockholm)

Grzybowski (Varsovie). ***L'allergie de la peau dans la syphilis*** (*Acta dermato-venereologica*, tome XI, fasc. 1, Mars 1930). — Dans le but de vérifier les hypothèses de Dujardin et Decamps sur l'allergie de la peau au sérum de cheval chez les syphilitiques, G. étudia d'abord comment se comportait la peau de 72 malades non syphilitiques vis-à-vis de ce sérum. Il constata que dans 80 pour 100 des cas l'intradermoréaction est négative ou douteuse après la 1re injection, dans 3 pour 100 elle est faiblement positive; dans 9 pour 100 elle est positive et dans 7 pour 100 fortement positive; après 2 ou 3 injections, l'intensité de la réaction augmente habituellement; puis apparaît une phase anergique où la peau ne réagit plus et, après quelques autres injections, la réaction est de nouveau positive.

110 syphilitiques furent ensuite examinés à ce point de vue. Sur 81 cas de *syphilis récente*, 67 pour 100 donnèrent une réaction négative, 6 pour 100 une réaction faiblement positive, 14 pour 100 une réaction positive et 13 pour 100 une réaction fortement positive. Sur 21 cas de *syphilis ancienne*, 71 pour 100 réagirent négativement, 14 pour 100 eurent une réaction faiblement positive, 10 pour 100 une réaction positive et 5 pour 100 une réaction fortement positive. Sur 16 cas de *syphilis tertiaire*, 50 pour 100 réagirent négativement, 12,5 pour 100 donnèrent une réaction faiblement positive, 25 pour 100 une réaction positive et 12,5 pour 100 une réaction fortement positive.

En somme, syphilitiques et non-syphilitiques ne montrent pas le plus souvent une allergie vis-à-vis de l'albumine contenue dans le sérum de cheval. Chez les syphilitiques, la 1re injection détermine plus souvent une réaction positive que chez les non syphilitiques. Après des injections répétées, on note d'abord une allergie, puis une anergie dans les deux catégories. On ne peut donc pas distinguer une syphilis allergique et une syphilis anergique, comme le veulent Dujardin et Decamps. Les réactions après injections de sérum répétées se comportent comme des réactions anaphylactiques vis-à-vis d'albumine étrangère. La luétine de Busson donne souvent une réaction non spécifique et G. n'a pas obtenu de réactions positives plus fortes dans la syphilis tertiaire.

Il n'est pas impossible qu'il existe une anergie vis-à-vis de la tuberculine dans la syphilis floride.

R. Burnier.

REVUE DES JOURNAUX

REVUE DE LA TUBERCULOSE
(Paris)

E. Rist. ***Le début brusque de la tuberculose pulmonaire de l'adulte et sa localisation lobaire*** (*Revue de la Tuberculose*, 3e série, tome XI, n° 1, Janvier 1930). — Le problème a été envisagé de façon très diverse à la suite de chaque acquisition scientifique nouvelle dans le domaine de la phtisiologie. Les conceptions de Grancher ont été complètement bouleversées depuis l'ère radiologique et à la suite de la cutiréaction et de l'introduction de la notion d'allergie.

La notion du début insidieux et torpide de la tuberculose de l'adulte ne représente qu'une vérité limitée, qui ne répond qu'à une fraction des faits. Plus souvent, et R. en donne des observations types, on observe un début brusque, par envahissement soudain et massif: e'est l'infiltration gélatiniforme ou infiltration grise de Laennec, type décrit à nouveau par Tripier, Bezançon et Braun, Rénon et Géraudel, Burnand, Sergent, et redécrit par Aschoff récemment sous le nom de tuberculose exsudative. C'est le type pneumonique de la tuberculose. Il n'évolue qu'exceptionnellement vers la pneumonie caséeuse. Il peut régresser complètement sans laisser de traces; bien plus souvent il ne régresse que partiellement et fait place à des lésions fibrocaséeuses permanentes, avec ou sans cavernes, qui peuvent apparaître très rapidement et survivent à l'épisode pneumonique. A l'épisode aigu initial succède une phase de latence plus ou ou moins complète, de durée variable, jusqu'à un nouvel épisode. Une tuberculose lobaire peut être creusée d'une caverne au bout de huit jours.

Ces débuts brusques à type pneumonique ou par hémoptysie s'observent dans plus de la moitié des cas (Blanche). Les signes stéthacoustiques varient suivant la situation du foyer pulmonaire. L'examen radiologique et la bacilloscopie des crachats sont indispensables. La radiologie montre des lésions de condensation lobaire occupant tout un lobe ou la moitié d'un lobe, dont Rist et Ameuille ont donné la description dès 1916. Quand le lobe supérieur est atteint partiellement, habituellement la partie indemne est le sommet, et la partie lésée est limitée par la scissure, qui subit une ascension avec incurvation, par attraction. Ces condensations lobaires initiales sont des cas particulièrement favorables pour la collapsothérapie par le pneumothorax artificiel.

Cette description a été reprise en Allemagne depuis 1926 sous le nom de foyer d'Assmann, avec la notion d'infiltrat infraclaviculaire que l'on oppose au foyer apical limité à début insidieux. Et récemment des auteurs américains ont confirmé cette description d'Assmann qui, terminologie à part, reproduit les vues des auteurs français.

Pratiquement, il convient donc de penser à la tuberculose en présence de toute pneumopathie aiguë qui ne fait pas sa preuve, et de mettre en œuvre l'examen radiologique et la bacilloscopie des crachats, afin de faire appel sans retard à la collapsothérapie.

L. Rivet.

F. Arloing, A. Dufourt et Dechaume (Lyon). ***Influence sclérosante des injections prémonitoires de filtrat tuberculeux sur la tuberculose du cobaye*** (*Revue de la Tuberculose*, 3e série, tome XI, n° 1, Janvier 1930). — A diverses reprises, A., D. et D. ont été frappés de l'allure extrêmement fibreuse imprimée par l'injection préalable de filtrats à l'évolution de la tuberculose inoculée secondairement aux cobayes. Au cours de diverses recherches, ils ont obtenu dans un lot de cobayes des lésions tuberculeuses d'un type fibreux extraordinairement accusé chez les animaux infectés d'abord avec un filtrat, alors que les animaux témoins, inoculés exclusivement avec la même dose d'épreuve de bacilles virulents que celle injectée aux cobayes préparés, présentaient les lésions habituelles de la tuberculose diffuse caséeuse du cobaye. Il semble donc indiscutable que la sclérose observée soit sous la dépendance de l'injection préalable de filtrat. A., D. et D. relatent par le détail une observation typique, où les lésions scléreuses observées chez le cobaye présentent le maximum de développement : des microphotographies d'un ganglion et d'un fragment de poumon, annexées à l'observation, montrent de façon particulièrement objective l'intensité de ces lésions scléreuses, qui ne s'observent pas habituellement dans la tuberculose classique du cobaye.

Dans certains cas au moins, l'injection d'éléments filtrables tuberculeux exerce donc une influence sclérosante sur la marche des lésions de la tuberculose expérimentale provoquée ultérieurement chez le cobaye.

L. Rivet.

E. Rist et J. Lévesque. ***Contribution à l'étude de l'adénopathie trachéo-bronchique de l'enfant*** (*Revue de la Tuberculose*, 3e série, tome XI, n° 2, Février 1930). — Dans ce très important mémoire, R et L. envisagent surtout, d'une part, les expressions séméiologiques de l'adénopathie trachéo-bronchique; d'autre part, la discussion de ses formes étiologiques, puisque, de divers côtés, on a admis l'existence d'adénopathies non tuberculeuses; ils laissent de côté les tumeurs ganglionnaires malignes et celles de la maladie de Hodgkin, dont la séméiologie est très différente de celle des adénopathies banales.

Il est peu de diagnostics dont il ait été fait un plus grand abus que celui d'adénopathie bronchique tuberculeuse de l'enfant, sur la foi d'une séméiologie stéthacoustique ou radiologique étrangement irréelle et devenue si banale qu'elle en perdait toute importance pratique. Une réaction était nécessaire : elle fut marquée, notamment, par les travaux de S. Engel, de Robert Chaperon sur l'interprétation de la nature des ombres pathologiques hilaires, travaux qui amorcèrent une revision d'ensemble de la question, que R. et L. exposent par le détail, en tenant compte des publications les plus récentes.

Cette étude critique les amène à réduire beaucoup le rôle de l'adénopathie trachéo-bronchique dans la pathologie respiratoire de l'enfance et surtout dans la tuberculose de cet âge. En montrant que la diversité des formes de la tuberculose de primo-infection ne peut se résumer dans la seule adénopathie bronchique, ils restituent à la recherche de celle-ci sa véritable valeur. Ils estiment que le diagnostic d'adénopathie bronchique ne doit se faire qu'avec grande prudence et sur des signes physiques, stéthacoustiques, et surtout radiologiques, indiscutables. Car il implique un pronostic singulièrement sérieux.

Quant au diagnostic d'adénopathie non tuberculeuse, R. et L. pensent qu'en dehors des tumeurs malignes, de la maladie de Hodgkin et de la leucémie lymphatique, il n'a pas de justification.

En restituant à diverses variétés de lésions pulmonaires la plupart des signes communément attribués aux adénopathies bronchiques, on rend ces lésions accessibles à une observation plus minutieuse, plus précise, décisive dans les séquelles des affections respiratoires aiguës, féconde en renseignements utiles dans la tuberculose. L. Rivet.

ARCHIVES des MALADIES DE L'APPAREIL DIGESTIF ET DE LA NUTRITION
(Paris)

J. Danicico (Cluj, Roumanie). ***Le bilan nutritif après les résections gastriques*** (*Archives des Maladies de l'Appareil digestif et de la Nutrition*, tome XX, n° 1, Janvier 1930). — Le bilan nutritif pratiqué dans 19 cas de résection a montré un déficit dans l'utilisation des graisses et une insuffisance des substances azotées.

Pour l'utilisation des graisses, la preuve du déficit est l'abaissement du coefficient d'absorption des graisses totales : sur les 19 cas, la valeur minima obtenue a été de 74 pour 100 et la moyenne a été de 88 pour 100. La perte intéresse les graisses neutres, ainsi que les graisses acides et presque dans la même mesure.

D'après le procédé opératoire, la perte est plus grande dans les Reichel et Finsterer que dans le Péan. Dans les procédés Reichel et Finsterer, la perte intéresse spécialement les cas dans lesquels le pancréas était touché avant l'intervention chirurgicale, c'est-à-dire dans les cas d'ulcères pénétrants.

La fonction de la portion restante de l'estomac a un certain rôle dans la détermination de l'utilisation des graisses. L'utilisation est meilleure dans le groupe des cas qui présentent un estomac continent, estomac qui « se vide » rythmiquement, estomac dont l'évacuation s'effectue en un temps presque normal.

Le déficit gastrique peut être compensé par un bon fonctionnement intestinal, c'est-à-dire par un transit et une déshydratation voisins de la normale; un transit intestinal très accéléré serait de nature à produire un effet contraire. La fonction gastro-intestinale manifestement déficitaire se traduirait par des symptômes subjectifs: le malade supporte mal le plus simple régime.

La digestion des protéines du lait a été presque normale : parmi les 13 cas étudiés, 4 seulement ont présenté des valeurs un peu abaissées. Dans la perte d'azote, ainsi que dans celle des graisses, les lésions pancréatiques jouent un certain rôle.

L. Rivet.

Max M. Levy et Erna M. Levy. ***Etude des modifications humorales produites par la sécrétion gastrique déclenchée par l'histamine*** (*Archives des Maladies de l'Appareil digestif et de la Nutrition*, tome XX, n° 2, Février 1930). — La sécrétion gastrique est essentiellement variable d'un sujet à l'autre ; la quantité de Cl sécrétée sous forme d'HCl est variable et nullement proportionnelle au Cl total sécrété.

Très fréquemment l'histamine provoque une légère élévation de l'urée sanguine et un accroissement de la constante uréo-sécrétoire (pouvant atteindre 44 pour 100). Ces altérations paraissent plus fréquentes et plus sensibles chez les sujets ayant une constante antérieurement élevée. Toutefois l'histamine est capable de déterminer la réaction inverse et d'abaisser la constante.

La sécrétion gastrique ne modifie pas la réserve alcaline de façon sensible et dans une direction constante.

Au cours de la sécrétion gastrique, Cl plasmatique et Cl globulaire varient aussi bien dans le sens d'un accroissement que dans celui d'un abaissement. Le rapport Cl G. R./Cl P. varie dans un sens quelconque. Les variations du Cl G. R. commandent le sens du déplacement du rapport. Au cours de la sécrétion gastrique, le seuil de sécrétion du chlore varie parallèlement à la chlorémie.

L'histamine provoque des modifications importantes de la diurèse: il y a parfois de la polyurie, mais plus fréquemment de l'oligurie. L'alcalinisation des urines liée à la sécrétion chlorhydrique est un phénomène inconstant, parfois même inversé; l'intensité de l'alcalinisation des urines n'est nullement proportionnelle à la quantité d'HCl sécrétée par l'estomac. Si l'acide chlorhydrique sécrété par l'estomac joue un rôle dans les variations du pH urinaire, ce rôle est faible; deux autres facteurs paraissent avoir une action prépondérante sur les variations du pH urinaire, ce sont: le débit chloré urinaire, et surtout la diurèse, qui paraît être le facteur principal.

Pendant la sécrétion chlorée gastrique provoquée par l'histamine, le débit chloré urinaire peut être indifféremment diminué ou augmenté; ces variations

sont sans aucun rapport avec le fonctionnement gastrique.

La comparaison des différentes données numériques apportées par L. et L. permet de penser que la source du chlore gastrique n'est nullement humorale, mais vraisemblablement tissulaire ou intertissulaire. L. Rivet.

REVUE DE STOMATOLOGIE (Paris)

Moczar (Budapest). ***Une nouvelle méthode chirurgicale de traitement de la luxation habituelle de l'articulation temporo-maxillaire*** (*Revue de Stomatologie*, tome XXXII, nº 3, Mars 1930). — M. a eu à traiter un sujet atteint de luxation habituelle de l'articulation temporo-maxillaire. Ce malade, bien qu'ayant subi l'opération de Niéden, présentait les troubles articulaires suivants : il ouvrait la bouche d'un centimètre, difficilement d'un autre centimètre et avec latéro-déviation puis, brusquement, l'ouverture de la bouche se produisait au maximum, avec un craquement et une grande douleur. A la radiographie, le condyle gauche apparaissait aplati et allongé.

M. expose le procédé de Konjetzny qui fixe le bord postérieur du ménisque au ptérygoïdien externe, celui de Nieden qui fixe un lambeau du temporal à la capsule articulaire, celui de Lindeman qui prélève un butoir antérieur osseux aux dépens de l'arcade zygomatique.

La nouvelle méthode de M. consiste à respecter les attaches antérieures du ménisque, à l'attirer en bas et en arrière sous le condyle et à le fixer; le condyle « est ainsi retenu comme dans un lacet » et la luxation ne se reproduit plus.

M. tire les conclusions suivantes de son observation :

1º Les interventions intra-articulaires ne sont pas aussi dangereuses qu'on l'avait prétendu autrefois ;

2º La résection complète du ménisque ne trouble pas le mécanisme de l'articulation ;

3º La résection du ménisque d'un côté ne dérange ni la rotation de l'axe, ni la qualité des mouvements de mastication ;

4º La correction unilatérale de la luxation habituelle bilatérale suffit pour rétablir l'état normal des deux côtés. C. Ruppe.

C. Ruppe et M. Hénault. ***A propos de 2 cas de stomatite leucémique*** (*Revue de Stomatologie*, tome XXXII, nº 3, Mars 1930). — R. et H. rapportent 2 observations intéressantes de leucémie aiguë, où, pendant une dizaine de jours, le seul signe apparent a été une stomatite à allure scorbutique.

Ils en tirent les conclusions stomatologiques suivantes. — Il ne faut pas se laisser induire en erreur par le malade qui reporte à une dent des phénomènes douloureux qui ne sont, en réalité, que l'expression d'un début de stomatite leucémique. L'extraction de la dent incriminée, non seulement n'est pas justifiée, mais expose à une hémorragie grave. En outre, le malade ne manquera pas de rapporter à cet acte opératoire les phénomènes de stomatite qui continuent à évoluer et tout le cortège symptomatique de la leucémie aiguë qui va apparaître.

Donc, en présence d'une stomatite à allure scorbutique et non infectieuse, il faut penser à la leucémie aiguë, si le malade fait de la fièvre et présente un syndrome anémique plus ou moins accusé. Il faut aussitôt pratiquer un examen du sang pour confirmer cette redoutable hypothèse. C. Ruppe.

JOURNAL DE RADIOLOGIE ET D'ÉLECTROLOGIE (Paris)

Aubertin, Thoyer-Rozat et Robert-Levy (Paris). ***La radiothérapie de la maladie de Hodgkin*** (*Journal de Radiologie et d'Electrologie*, tome XIV, nº 3, Mars 1930). — Le début apparent de la maladie de Hodgkin est essentiellement protéiforme ; chacune des manifestations de la maladie peut constituer le signe révélateur. A la période d'état des cas les plus typiques, le tableau clinique comporte les signes cardinaux : adénopathies, splénomégalie, prurit et déterminations cutanées, fièvre, modifications de la formule sanguine. Les symptômes accessoires et les complications peuvent porter sur les différents viscères (en particulier, le poumon et, encore plus, la plèvre). Enfin, il peut exister des localisations osseuses.

L'évolution est essentiellement chronique, mais peut être capricieuse, par poussées, avec parfois des rémissions indépendantes du traitement. La terminaison est fatale, soit par cachexie, soit par compression médiastinale ou abdominale.

Le diagnostic définitif est surtout établi par la biopsie : polymorphisme leucocytaire du ganglion, qui ne se trouve guère que dans cette affection; de plus, prolifération endothéliale aboutissant à la formation d'une cellule très hypertrophiée : cellule de *Sternberg*.

La radiothérapie peut donner, sinon une guérison, du moins un retard important de l'échance fatale. Pour l'appliquer, il importe de dépister, par examen attentif, toutes les localisations, — de surveiller la température : une hyperthermie élevée doit rendre très prudent, car les rayons X peuvent augmenter la fièvre (l'apparition de fièvre, après les séances, assombrit le pronostic, son élévation de plus en plus grande peut imposer la cessation du traitement, car une accélération de l'évolution est alors possible), — de se guider sur les modifications de la formule sanguine : ralentir si les globules blancs tombent à 5.000, arrêter s'ils arrivent à 3.000 (la radiothérapie prolongée peut aussi amener une diminution des globules rouges qu'il faudra combattre); maintenir la diurèse.

Il faut utiliser un rayonnement très pénétrant (200.000 volts, filtration avec 0,8 à 1 mm. de zinc ou de cuivre et 2 mm. d'aluminium), faire de larges portes d'entrée, placer la source à 40 cm. de la peau. Le traitement d'attaque, visant à détruire le tissu lymphogranulomateux, comportera 1.500 à 2.000 unités R. au niveau de chaque lésion, ce qui représente une dose à la peau de 2.000 à 3 000 R. pour les ganglions superficiels, et de 4.000 à 6.000 R. pour les lésions profondes. Le traitement total sera étalé sur 2 à 4 semaines. 2 ou 3 mois après, s'il n'y a ni récidive ni complication, traitement de consolidation aux deux tiers de la dose ci-dessus ; s'il y en a, application de la dose entière. Dans les cas favorables, 4 ou 5 mois après la dose de consolidation, traitement d'entretien avec une demi-dose qu'on renouvellera de 6 mois en 6 mois durant deux ans.

A., T. et R. indiquent ensuite la conduite à tenir vis-à-vis de chacune des complications : os, nodules cutanés, moelle, rate, poumons, foie, intestin ; puis ils donnent quelques indications sur l'usage du radium et du thorium.

En ce qui concerne les résultats dans des cas pris au début, où les ganglions étaient seuls atteints, on a pu obtenir des résultats durables. Il importe donc qu'une union toujours plus étroite du clinicien et du radiologue permette le traitement précoce.

Dans la période des granulomatoses secondaires profondes, sauf s'il s'agit d'une forme hyperpyrétique, on obtient souvent de grosses améliorations, pouvant donner au malade l'illusion de la guérison, et le pronostic fatal se trouve notablement retardé. A. Laquerrière.

Delherm et Morel-Kahn (Paris). ***Diagnostic des tumeurs du poumon chez l'adulte*** (*Journal de Radiologie et d'Electrologie*, t. XIV, nº 3, Mars 1930). — Une néoplasie maligne ou bénigne du poumon débute toujours par une petite tache que seule la radiologie peut voir; mais la radiologie est impuissante, dans des cas complexes, à donner la clef de l'énigme. Il faut associer étroitement la clinique et les rayons X.

Le cancer métastatique est très fréquent, il faut donc, en particulier lorsqu'il y a néoplasme du sein, du foie ou des organes génitaux, surveiller par la radiologie les poumons des cancéreux. Le plus souvent, on observe la forme *nodulaire*, noyaux multiples, assez régulièrement sphériques, disséminés, souvent rangés le long des gros vaisseaux ou des bronches, parfois confluents au point de simuler une tumeur unique de grande taille ; l'aspect pommelé réalisé par ces nodules peut être confondu avec celui de la tuberculose et le diagnostic peut être difficile, surtout si le cancer primitif est méconnu ; la forme *hématogène*, multitude de petites métastases disséminées, ayant l'aspect de la tuberculose miliaire (carcinomatose) ; la forme *lymphogène* (presque toujours cancer gastrique), donnant dans les 2/3 inférieurs une image de tramite avec nodules; la *sarcomatose généralisée* présentant des noyaux de dimensions variables allant d'un pois à celui de masses considérables, sans tramite, ou bien seulement quelques tumeurs plus ou moins volumineuses, forment d'autres variétés des cancers secondaires. Le diagnostic différentiel doit être fait avec la forme tertiaire gommeuse de la syphilis pulmonaire, la cysticercose pulmonaire (rare en nos pays) et dans certains cas avec le kyste hydatique.

Dans les cancers primitifs du poumon on peut trouver une image *arrondie*. Il faudra étudier sa situation topographique, son volume, sa morphologie (intensité et homogénéité de l'ombre, sa mobilité), l'état du poumon, en général, et aux environs de la tumeur, l'évolution (par des examens successifs). On discutera alors s'il s'agit d'un foyer nodulaire de gangrène, d'une embolie septique, d'un infarctus qui peuvent donner une petite image ronde, d'un abcès du poumon; celui-ci peut fournir, au début, une image opaque plus ou moins ovoïde, plus ou moins nette sur une réaction parenchymateuse de voisinage ; plus tard, après la vomique, une image hydro-aérique ; mais certains cancers évoluant sous une forme cavitaire suppurée ont aussi l'aspect hydro-aérique d'une pleurésie enkystée, en particulier d'un interlobe. Enfin, en certains cas, on devra distinguer la tumeur d'un anévrisme aortique.

Une fois établie l'existence d'une tumeur il faudra chercher à déterminer sa nature : ganglio-neurome ou neurinomes (très rares), kyste hématique (très rare), kyste hydatique qu'on confond souvent avec le cancer, tératome (kystes dermoïdes le plus souvent), fibrome, abcès froid thoracique, kyste du foie à développement intrathoracique. Le plus souvent, les hésitations se produisent entre kyste hydatique, sarcome, cancers circonscrits ou nodulaires. On doit penser à un sarcome secondaire si le sujet a eu une tumeur osseuse; dans le cancer primitif la forme est plus ovalaire que dans le kyste; plus souvent que dans le kyste la lésion est entourée d'une zone de parenchyme pathologique ; mais le diagnostic reste très difficile.

Si on ne *trouve pas une image arrondie*, le cancer revêt des aspects radiologiques protéiformes que l'on peut schématiser en quelques catégories : forme *lobaire*, envahissement de tout un lobe par une opacité franche (à distinguer de la tuberculose, de la symphyse pleurale étendue, etc.) ; forme *juxta-médiastinale*, condensation homogène d'aspect variable, le bord interne polycyclique répondant aux adénopathies, le bord externe plus ou moins irrégulier émettant parfois des fusées néoplasiques le long des bronches (diagnostic différentiel avec sclérose pulmonaire étendue, tumeur médiastinale, adénopathie tuberculeuse) ; forme *médiastino-pulmonaire* : l'ombre s'étale sur une vaste étendue d'un hémithorax, occupe le médiastin, déborde sur l'autre champ pulmonaire, refoule le cœur, etc., peut ressembler tout à fait à une tuberculose massive ; forme *cavitaire* qui peut simuler absolument un abcès ou une caverne; forme *pleurale* : ombre dense, massive, homogène, occupant tout le champ pulmonaire avec envahissement du sinus; après évacuation du liquide, on reconnaît une ombre massive à bords irréguliers et flous.

En somme, il n'existe pas d'image véritablement typique du cancer du poumon, surtout au début. Si la radiographie peut permettre de déceler l'existence précoce d'un cancer du poumon, si elle renseigne de façon précise sur la topographie de la tumeur, *elle ne doit pas aller sans la clinique*.

A. Laquerrière.



Traitement du diabète « per os »

Synthaline B

LABORATOIRES CRUET, 13, rue Miollis, PARIS (XV°)

Monsieur le Docteur,

Essayez, dès que vous serez en présence d'un cas grave, d'un cas critique :

(Maladies infectieuses aiguës, f. éruptives, f. typhoïde, f. puerpérale, septicémies, grippe, pneumonies, infections chirurgicales, signes vago-toniques, syndrome carbo-phosphato-pyurique, paludisme, anémies tropicales, maladies par carence, pellagre, héribéri, dénutrition avancée, dystrophies infantiles, asthénies, cachexies, etc.)

Le CYTOSAL agit rapidement en modifiant favorablement le milieu humoral par l'apport d'éléments minéraux assimilables et la régulation de la fonction acide-base.

AUCUNE CONTRE-INDICATION — INNOCUITÉ ABSOLUE

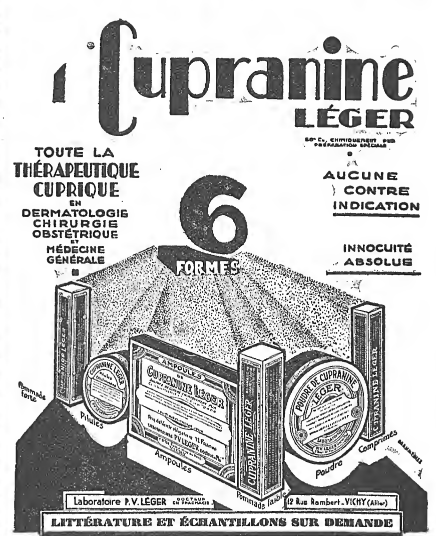
Vous pourrez absolument compter sur un pourcentage élevé de résultats inespérés



Une cuillerée à café, dans un grand verre d'eau, sucrée ou non, pendant chacun des deux repas, en mangeant.
Cas graves, une 3° le matin et au besoin une 4° l'après-midi.
Enfants au-dessous de 10 ans, moitié de ces doses.

Louis SCHAERER, Pharmacien

Échantillons : « LE CYTOSAL », 60, rue Miromesnil, PARIS (8°)



LITTÉRATURE ET ÉCHANTILLONS SUR DEMANDE

DEUX SANATORIA FRANÇAIS



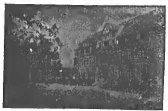
En plaine

SANATORIUM DES PINS

2 h. 1/2 de PARIS — LAMOTTE-BEUVRON (Loir-et-Cher)

LE PLUS GRAND CONFORT

80 Chambres avec eau courante



Villa Jeanne-d'Arc pour enfants.



Pavillon Pasteur.

GALERIES DE CURE ET SOLARIUM

CLIMAT SÉDATIF indiqué dans les formes aiguës

3 médecins résidents dont un laryngologiste

INSTALLATION TELESTEREORADIOGRAPHIQUE

A la montagne

LES ESCALDES (1.400 m.)

par ANGOUSTRINE (Pyr.-Orientles)

Le plus beau, le plus ensoleillé des climats de montagne



Pavillon Pasteur.



LE BROUILLARD Y EST INCONNU

Dans les nouvelles installations le maximum de confort, chambres avec cabinets de toilette et salles de bain. Plusieurs solariums. Multiples galeries de cure. **TRAITEMENT THERMAL** pour les laryngites et certaines affections osseuses ou pulmonaires.

3 médecins résidents dont un laryngologiste.



Piscine.

200 m³ eau courante, sulfureuse à 36°

DEUTSCHES ARCHIV für KLINISCHE MEDIZIN

Herzog et Aub. ***Traitement digitalique exclusif par la k-strophantine par voie intraveineuse, en cas d'insuffisance cardiaque à tous les degrés*** (*Deutsches Archiv für klinische Medizin*, t. CLXVI, n°s 3 et 4 ; Février 1930). — Il a été soigné par H. et A. un total de 260 malades appartenant à une classe moyenne, ce qui a permis de profiter, dans une proportion importante, des constatations faites par les malades eux-mêmes sur l'influence du médicament. Pour les traiter, on a employé exclusivement la k-strophantine (Boehringer) à des doses variant de 0,1 à 0,6 milligr. L'auteur ne considère pas que ce médicament soit différent des glucosides de la digitale et c'est la raison pour laquelle il appelle ce traitement une « digitalisation ».

A côté de ce traitement, les malades gardaient le lit. On leur donnait une alimentation sans sel et sans viande quand il y avait rétention aqueuse et, dans aucun cas, il n'a été donné plus de 1.200 à 1.500 cmc de liquide par jour. Parfois, on a prescrit des jours de lait, surtout chez les obèses.

Ces malades ont été divisés en trois groupes.

Le premier comprend 80 malades présentant de l'insuffisance commençante avec troubles surtout subjectifs mais parfois aussi objectifs cédant facilement au traitement. Les signes observés ont été une tendance à la tachycardie et un diamètre transversal du cœur qui atteignait la limite supérieure de la normale ou qui ne la dépassait qu'exceptionnellement. La strophantine donne une sensation d'euphorie très remarquable qui constitue, dans certains cas, la plus sensible des réactions. En général, cette action se fait sentir dès la première injection de 0,03 milligr. Chez les malades atteints de sclérose cérébrale et chez les alcooliques, ces auto-observations ont été moins caractéristiques.

Le second groupe comporte 116 cas d'insuffisance cardiaque caractérisée. Le diamètre transversal a été 22 fois inférieur à 16 cm.; 43 fois de 16 à 18 cm. et 41 fois de 18 à 22 cm. Un malade, dont le diamètre transversal était de 21,2 cm. et qui pouvait faire une ascension de 200 m., s'est montré résistant à la strophantine. Les troubles du rythme ont été fréquemment observés et n'ont pas empêché H. et A. d'appliquer une thérapeutique intraveineuse. Dans tous ces cas, ces deux auteurs ont observé des résultats qu'ils ne croient pas possible d'atteindre en administrant le médicament par la bouche. Les pertes de poids dues à la diurèse ont varié de 1,2 kilogr. en 15 jours à 21 kilogr. en 30 jours. Dans un cas, il a suffi, en moyenne, de 0,24 milligr. pour faire baisser le poids d'un hydropique de 1 kilogr. Dans un autre cas, il a fallu 1,7 milligr. pour obtenir le même résultat. En étudiant le quotient obtenu en divisant le nombre de kilogrammes perdu par diurèse, par la quantité de strophantine employée multipliée par la durée du traitement de déshydratation, on trouve un chiffre qui varie de 22 à 459. Parmi les malades qui donnent un chiffre faible, il en est mort 5 pendant le traitement ou peu après. Les cas qui donnent un chiffre élevé ont eu un cours plus favorable. Mais cette règle souffre des exceptions, notamment quand il s'agit de faire disparaître un reste d'œdème.

Ce traitement n'a pas donné de résultat chez 29 malades qui constituent le 3e groupe. Parfois il s'agissait d'une combinaison de lésions rénales et cardiaques. Une autre fois, après avoir bien agi pendant 3 ans, la strophantine a brusquement cessé d'être efficace. On a observé également parmi ces cas résistants, une symphyse du péricarde, une tumeur de l'artère pulmonaire, de la sclérose des coronaires, etc.

Parmi les cas de mort observés par H. et A., aucune n'est survenue moins de 18 heures après la dernière injection et ne peut, par conséquent, être attribuée à la strophantine. Les doses employées ont été surtout au début de 0,3 milligr. L'injection n'était renouvelée qu'au bout de 2 ou 3 jours, surtout si les effets favorables étaient marqués. Quand l'insuffisance atteignait un degré élevé, on a, en général, injecté 0,5 milligr. toutes les 48 heures. En revanche, on a préféré des petites doses dans les sténoses mitrales graves avec ou sans fibrillation, dans les scléroses coronaires avec hypotension, dans les troubles de la conduction. Par contre, l'hypertension n'a jamais constitué de contre indication. Dans un cas, on a obtenu de bons résultats avec 0,6 milligr., alors qu'une dose de 0,5 milligr. n'avait rien donné. Plus l'état du malade est menaçant, plus la dose du début doit être modérée : par exemple, 0,2 à 0,25 milligr. 1 à 2 fois par jour. H et A, conseillent d'éviter de faire perdre, par la diurèse, plus de 1 kilogramme par jour. Ils ont constaté que la diurèse a déclanché 2 fois une crise de goutte, 2 fois une crise d'urémie plus ou moins marquée et 1 fois le coma chez un diabétique. Ils ont observé 1 fois des phénomènes de confusion avec syndrome de Korsakow, 1 fois des troubles vaso-moteurs hémilatéraux et 2 fois, plus ou moins longtemps après la dernière injection, une attaque d'apoplexie dont une a été mortelle. Ils considèrent ces faits comme dus à la maladie elle-même plutôt qu'au médicament.

Sur 4.000 injections intraveineuses, il n'a pas été constaté un seul cas de thrombose. D'autre part, certains des cas de mort survenus après administration de strophantine et publiés montrent que des doses excessives ont été employées. H. et A. ne croient pas utile d'ajouter au médicament du cardiazol ou de le dissoudre dans une solution glycosée ou une solution de Ringer. Ils s'en tiennent à une seule préparation de strophantine, parce qu'ils considèrent ainsi plus facile de juger des effets de la thérapeutique. P.-E. Morhardt.

ARCHIV für GYNÄKOLOGIE (Berlin)

Raab et Wittenbeck. ***L'acidose postopératoire*** : I. ***Les acides et le métabolisme des hydrates de carbone.*** — II. ***Métabolisme des protides et origine de l'acidose*** — III. ***Influence de l'acidose de jeûne et traitement de l'acidose postopératoire*** (*Archiv für Gynäkologie*, tome CXXXIX, fasc. 2, Décembre 1929). — I. L'anesthésie et les actes opératoires déterminent un trouble de l'équilibre acide-base du sang. Dans le plus grand nombre des cas, il y a augmentation de l'acidité (diminution du *pH* et de la réserve alcaline). Mais il n'est pas rare de constater une augmentation de l'alcalinité du sang, en particulier dans le cas où, dès avant l'opération, il y avait un *pH* et une réserve alcaline inférieurs à la normale.

La glycémie augmente dans une proportion de près de 100 pour 100; cette augmentation persiste encore 48 heures après l'opération, mais il ne semble pas que ce type de glycémie ait quelque proportionnalité avec l'équilibre acide-base.

Les corps acétonémiques du sang ne sont pas augmentés d'une façon appréciable par l'anesthésie ou l'acte opératoire. Dans la plupart des cas, le taux de l'acide β-oxybutyrique s'élève, mais cette élévation n'est pas suffisamment marquée pour qu'elle puisse à elle seule entraîner l'acidose. L'acide urique du sang ne subit pas de modification appréciable, non plus que l'élimination des corps acétonémiques par le rein.

On peut conclure qu'après anesthésie et opération, il apparaît dans le sang des acides, vraisemblablement d'origine organique, qui, par réaction de la réserve alcaline, sont transformés en acide carbonique et éliminés par le poumon. Les acides ne sont donc pas un facteur d'acidose, puisqu'ils ont été modifiés, mais la réserve alcaline diminue.

II. — L'acidose, qui s'observe après narcose par inhalation, est due à une dysfonction hépatique se traduisant par un trouble du métabolisme des graisses et des glucides, d'où l'apparition dans le sang d'une forte quantité de produits acides. L'élément shock opératoire est, à lui seul, susceptible d'effets analogues, ainsi que cela peut se déduire des faits observés après l'anesthésie rachidienne : en ces cas, il y a excitation du splanchnique agissant sur les surrénales. Le psychisme des malades avant l'opération ne doit pas être négligé, car il retentit sur le métabolisme. L'augmentation de CO^2 dans l'organisme détermine une moindre irritabilité du centre respiratoire qui réagit moins vivement pendant l'anesthésie. Quand cette action inhibitrice prend fin, l'influence des acides du sang s'exerce à nouveau, d'où exagération de la ventilation, élimination de CO^2 et, consécutivement, alcalose, malgré un taux des corps acétonémiques dépassant la normale.

Enfin, le jeûne opératoire joue un rôle important; aussi est-il nécessaire de le restreindre le plus possible.

III. — Pour mettre en évidence l'acidose due au jeûne, R. et W. purgent leurs opérés deux jours avant l'opération avec de l'huile de ricin; la veille de l'intervention, ils ne leur permettent qu'une tasse de bouillon, et ils font évacuer l'intestin le soir avec un lavement. Dans ces conditions, ils ont constaté, dans la plupart des cas, un abaissement de la réserve alcaline et du *pH* sanguin; cependant, il est arrivé parfois, au contraire, qu'il existe une alcalose nette. La glycémie augmente et peut même atteindre jusqu'à 300 pour 100 de son taux normal. Les corps acétonémiques augmentent. Tout ceci se manifeste dès avant l'intervention. Il y a, donc, du fait du jeûne, déficience hépatique avant même que l'anesthésie ait agi sur l'organisme. Après l'intervention, la fonction glycogénique du foie reste altérée soit du fait d'une lésion hépatique, soit du fait d'une influence nerveuse troublant la fonction hépatique. Le taux de l'ammoniémie n'est pas modifié dans l'acidose de jeûne; par contre, il y a une notable augmentation de l'ammoniurie, qui va de pair avec l'élévation du *pH* sanguin. Henri Vignes.

DEUTSCHE MEDIZINISCHE WOCHENSCHRIFT (Leipzig)

G. von Bergmann. ***Le problème des gastrites*** (*Deutsche medizinische Wochenschrift*, tome LV, n° 42, 18 Octobre 1929). — L'importance des gastrites a été longtemps négligée. Actuellement, l'attention a été de nouveau attirée sur elles à la suite de l'introduction de nombreuses méthodes biologiques permettant de préciser les diagnostics cliniques sur le vivant.

On a constaté ainsi la fréquence des gastrites chroniques évoluant durant des années sans achylie, des gastrites localisées, en particulier des antrites et aussi des formes diffuses.

Les classifications morphologiques ou celles basées sur des modifications de la sécrétion n'ont pas d'intérêt en clinique. Même la différenciation actuelle en formes aiguës et chroniques ne saurait être maintenue, car la plupart des formes évoluent avec des poussées aiguës sur un fond chronique avec processus de régénération lente intercalaire.

Les critères anatomiques et cliniques ne sont pas superposables.

On observe une gastrite chronique avec poussées paroxystiques, aussi bien en tant que manifestation secondaire à un ulcère, une cholécystite, une affection hépatique, que comme tableau clinique isolé. Le tableau clinique des poussées peut, d'ailleurs, présenter une similitude quasi absolue avec les crises périodiques douloureuses de l'ulcus.

La gastrite est souvent la manifestation d'une lésion épithéliale avec inflammation secondaire déclanchée moins par l'irritation locale, d'origine alimentaire, que par des facteurs hématogènes soit germes infectieux, soit produits de désagrégation de substances organiques.

De telle sorte que le problème des gastrites est une partie de la question générale des réactions tissulaires inflammatoires et des sensibilités tissulaires en général.

Les éléments encore très insuffisants du diagnostic dans beaucoup de cas font méconnaître des gastrites réelles, étiquetées abusivement sous les vocables d'attente de dyspepsie, troubles digestifs, etc.

La fréquence des gastrites latentes isolées ou

accompagnant les ulcères ou cancers digestifs, les cholécystites, hépatites, entérocolites, etc., ne doit pas être méconnue.

En pratique, il importe de traiter méthodiquement tous les cas douteux qui peuvent relever de lésions de la muqueuse, et il faut se garder de croire trop souvent à des troubles fonctionnels simples; on évitera donc les thérapeutiques alcalinisantes ou le traitement psychopathique simple et on se souviendra de l'importance de la diététique dans le traitement de ces affections. G. Dreyfus-Sée.

W. Bayer. ***Contribution au problème de la sténose pylorique*** (*Deutsche medizinische Wochenschrift*, t. LV, nº 49, 6 Décembre 1929). — La cause des échecs observés dans le traitement opératoire de la sténose pylorique ne paraît pas être, en général, une erreur de technique.

L'étude de 12 cas mortels, sur 46 interventions pratiquées en 10 ans, permet d'éliminer un certain nombre de facteurs comme cause de ces échecs.

Ni la technique chirurgicale, ni l'état de nutrition de l'enfant, ni son âge, ni des circonstances accessoires épidémiques n'entrent en ligne de compte, car ces divers facteurs sont comparables dans les deux groupes.

Par contre, il faut noter que les enfants décédés après l'opération avaient perdu plus de poids que les autres depuis leur naissance et qu'ils avaient été opérés après un séjour hospitalier plus court.

Donc un amaigrissement trop notable, soit du fait d'une affection étiologique plus grave, soit par suite d'une trop longue expectative, est un mauvais facteur pronostique. Mais surtout B. incrimine l'infection antérieure latente non décelée par suite d'une observation hospitalière insuffisamment prolongée; 8 jours d'hospitalisation environ lui paraissent utiles afin de pratiquer une diététique sévère, soit pour éviter l'infection locale, soit pour déceler une infection latente susceptible de déterminer des accidents mortels post-opératoires.

En somme B. préconise l'intervention précoce par rapport à la date de début des accidents mais pratiquée seulement après surveillance suffisamment prolongée pour éliminer tout risque d'infection.

En ce qui concerne la pathogénie des sténoses pyloriques, on avait pensé que la plus grande fréquence de cette affection chez les petits garçons s'expliquait par une action empêchante des hormones maternelles sexuelles et hypophysaires dont l'élimination aurait été plus précoce chez les garçons que chez les filles. Mais les recherches pratiquées sur les urines des nouveau-nés des deux sexes n'ont pas confirmé cette hypothèse.

Par contre, la plus grande fréquence des cas observés de Janvier à Juin fait penser à un parallélisme avec la spasmophilie et autorise à soulever la question des rapports entre ces deux affections.

Les modifications de l'équilibre acido-basique pendant cette saison pourraient être un des facteurs communs déterminants, encore accentué dans les cas de sténose pylorique par la perte en chlore due aux vomissements.

En outre, le rôle des vitamines est à considérer, et si B. est peu partisan de la thérapeutique parathyroïdienne, il signale par contre l'intérêt des méthodes du traitement par les vitamines B qui auraient donné à certains auteurs des résultats satisfaisants. G. Dreyfus-Sée.

H. v. Haberer. ***Le traitement chirurgical de la sténose pylorique du nourrisson*** (*Deutsche medizinische Wochenschrift*, tome LV, nº 49, 6 Décembre 1929). — Pendant des années, H n'avait jamais eu l'occasion d'opérer de sténose pylorique, soit que le diagnostic médical n'en fût pas porté, soit que le pourcentage de mortalité opératoire effrayât les médecins qui préféraient s'en tenir à la thérapeutique conservatrice.

H., qui semble ignorer les travaux français et, en particulier, ceux de Fredet, considère que le pronostic opératoire a été transformé par la méthode de Rammstedt, et, en collaboration avec Schlossmann, médecin de la clinique pédiatrique, il a opéré en 16 mois 35 enfants avec un seul échec.

L'intervention est pratiquée sous chloroforme (narcose légère). Une incision médiane sus-ombilicale haute découvre le foie qui est relevé et permet de voir l'estomac et le pylore avec sa tumeur grosse comme une noix et indurée. Cette portion hypertrophique, dont l'épaisseur atteint parfois 1/2 cm., est incisée jusqu'à ce qu'on voie la muqueuse faire hernie: l'incision doit être nette, au bistouri, et doit respecter la muqueuse.

H. insiste sur la nécessité d'attendre une minute avant de refermer. Au moment de l'incision musculaire, les muscles contractés, enserrant les vaisseaux, empêchent l'hémorragie qui pourrait survenir ultérieurement. C'est ce qui s'est produit dans le cas unique de mort post-opératoire observé. En attendant quelques instants, on voit en effet quelques vaisseaux saigner, et il est facile de les lier ou même de suturer le muscle lui-même pour arrêter l'hémorragie. L'anneau musculaire pylorique apparemment reconstitué reste cependant souple et dilatable.

Un autre point capital est le traitement médical post-opératoire. Une suture immédiate des plaies superficielles et un pansement au leucoplaste permettent de renvoyer immédiatement l'enfant dans un service médical où sa diététique est surveillée strictement. On observe ainsi une rapide reprise de poids.

A l'inverse de l'opinion de certains auteurs, la cessation des vomissements n'est pas toujours immédiate. Même sans aucune faute diététique, certains nourrissons vomissent encore durant quelques jours. Certains d'entre eux font des vomissements contenant du sang dû à des ulcérations minimes gastriques survenues pendant la période d'atonie gastrique préopératoire. Ces hématémèses légères n'ont pas de valeur pronostique grave. D'autres enfants conservent un certain état de spasmodicité qui cède peu à peu.

En ce qui concerne le diagnostic et les indications opératoires, H. se fie au médecin et note seulement qu'il n'a jamais eu l'occasion de constater d'erreur de diagnostic et que tous les malades présentaient une tumeur pylorique notable.

La guérison a pu être constatée chez deux enfants morts accidentellement quelque temps après l'opération. L'un d'eux, mort le 14e jour, avait encore une hypertrophie locale, mais un pylore perméable; l'autre, mort après 4 mois, avait un pylore normal avec une petite cicatrice, l'hypertrophie musculaire avait disparu.

Le pronostic opératoire bénin doit faire étendre les indications de l'intervention et incite à ne pas prolonger trop longtemps la thérapeutique conservatrice, lorsque celle-ci ne donne pas de résultats satisfaisants, Les résultats opératoires ne peuvent que gagner à des interventions plus précoces pratiquées sur des enfants avec état de nutrition relativement conservé. G. Dreyfus-Sée.

G. A. Rost. ***Le problème de l'eczéma envisagé du point de vue étiogénétique*** (*Deutsche medizinische Wochenschrift*, tome LVI, nº 6, 7 Février 1930). — I. *Le point de vue étiogénétique.* — Dans l'étude des affections cutanées, on a envisagé successivement des points de vue extrêmement différents. C'est ainsi que la théorie humorale a dominé dans le début du XIXe siècle et est restée encore populaire dans certaines classes sociales où les « dépuratifs » demeurent en vogue. Ultérieurement, la classification a été basée sur l'étude morphologique qui sert encore à la différenciation d'un certain nombre d'affections cutanées.

Les données bactériologiques ont permis de soustraire quelques groupes d'affections, classées actuellement, quelles que soient leurs manifestations dermatologiques, d'après leur agent étiologique. Plus récemment, on a insisté sur le rôle des facteurs chimiques et physiques (irradiations) dont relève un autre groupe de lésions cutanées.

Les recherches modernes paraissent, d'après R., tirer surtout leur intérêt de la notion de l'importance du terrain sur lequel agissent les facteurs pathogènes.

La solution du problème étiologique consiste à déterminer quels sont les facteurs dont l'action simultanée produit le tableau clinique. Sur l'étude de ces facteurs conditionnels, R. a basé une classification des affections cutanées qui lui paraît de nature à introduire de la clarté dans cette question complexe. C'est ce qu'il appelle le *point de vue étiogénétique*.

Dans tout cas clinique, il faut considérer tout d'abord les phénomènes typiques, communs à toutes les formes de la maladie, donc caractéristiques de l'affection: ce sont les *facteurs essentiels*.

En second lieu, interviennent les phénomènes qui donnent au tableau clinique son aspect spécial, différent dans chaque cas, individuel: ce sont les *facteurs accidentels*.

Ces divers facteurs peuvent être soit exogènes, soit endogènes: les premiers bien connus actuellement et sur lesquels on a basé en partie la classification moderne dermatologique, les seconds moins bien élucidés.

Tous ces facteurs conditionnent le tableau clinique; la morphologie n'intervient donc plus comme élément essentiel de classification, mais, en réalité, comme la résultante de phénomènes pathologiques déterminés par ces facteurs conditionnels. De telle sorte que les modalités évolutives ont, elles aussi, une importance dans la recherche des facteurs étiogénétiques.

La classification dermatologique habituelle va donc être modifiée par ces considérations.

Le groupe des affections dont l'agent étiologique exogène est connu reste homogène, mais il importe de les préciser par l'étude des facteurs endogènes considérés à tort comme négligeables: ce groupe d'affections à facteur *prédominant* exogène constitue les *dermatites*, dont les subdivisions seront établies, non pas d'après l'aspect morphologique, mais d'après l'intervention de facteurs endogènes.

Le 2e groupe comprend les lésions qui paraissent relever surtout de facteurs endogènes, et dans lesquelles la réaction cutanée, quel que soit son aspect, paraît essentiellement conditionnée par des altérations viscérales fonctionnelles ou organiques; telles sont, par exemple, les manifestations cutanées des diabétiques, sans tenir compte de l'étiologie du diabète lui-même (sclérose endogène pancréatique, infection exogène syphilitique du pancréas, etc.). De même, les affections cutanées congénitales, héréditaires, rentrent dans ce groupe de phénomènes que R. désigne sous la dénomination de *dermopathies*.

Alors que les dermatites, lésions cutanées réactionnelles, sont en général passagères, aiguës et curables, les dermopathies, dues à des modifications cellulaires, tissulaires et humorales profondes, constituent le plus souvent des affections chroniques ou récidivantes.

Certaines lésions, encore mal connues, seront classées, selon l'état des recherches actuelles, dans l'un ou l'autre groupe à titre provisoire d'hypothèse de travail. G. Dreyfus-Sée.

Rost. ***Le problème de l'eczéma envisagé du point de vue étiogénétique*** (*Deutsche medizinische Wochenschrift*, tome LVI, nº 8, 21 Février 1930). — II. *Dermatites et eczéma.* — Les recherches étiologiques ont déjà dissocié du groupe de l'eczéma nombre d'affections relevant de facteurs exogènes connus: microbiens, mycosiques, physiques, etc.

Pour élucider le problème étiogénétique, il faut déterminer quels sont les facteurs exogènes et endogènes qui conditionnent le tableau morphologique de l'eczéma et déterminent son évolution. De ce groupe il importe d'éliminer tout d'abord des lésions ressortissant de facteurs endogènes connus, quelle que soit d'ailleurs leur morphologie: les *eczématoïdes*, groupe assez étendu déjà et que les recherches plus précises viendront augmenter encore. Il persiste cependant des eczémas, de cause endogène encore inconnue, mais en nombre assez restreint. Les eczémas de cause exogène sont confondus à tort avec les *dermatites toxiques*, réactions cutanées déterminées par des agents extérieurs sur des peaux sensibles.

L'évolution permet une différenciation que la morphologie seule n'autorise pas toujours: les dermatites toxiques guérissent par suppression de leur



OSTELINE
Vitamine D — biologiquement contrôlée
Presenteé sous trois formes
AMPOULES
GOUTTES
COMPRIMÉS
étalonnée et contrôlée à un pouvoir vitaminique D constant
Echantillons et littérature
LABORATOIRES RISSA
46 rue Claude Lorrain
LILLE



Glaxo

cause provocante, alors que l'eczéma, même provoqué par une influence exogène, survit à sa cause déterminante et se reproduit sous des influences variables. Il existe, dans ce dernier cas, un état cellulaire spécial qui est la *disposition* témoignant de l'existence d'une base endogène de l'affection.

Cet état de l'organisme peut être décelé par des stigmates dont l'ensemble définit le *status*, véritable terrain constitutionnel pathologique.

Pour l'eczéma, ce status est mal précisé; cependant, certaines propriétés cutanées des eczémateux leur créent une personnalité biologique d'eczematisation succédant à la dermatite toxique, témoignant d'un état virtuel d'eczéma, *disposition* spéciale, vraisemblablement d'origine héréditaire. Il est probable qu'il s'agit là, non d'une modification humorale, mais d'un état des cellules cutanées, surtout épidermiques, et des terminaisons nerveuses, expliquant les prédispositions régionales et la symétrie fréquente. L'imperfection des méthodes actuelles est responsable sans doute de l'impossibilité de caractériser, au point de vue physico-chimique, ces différences cellulaires.

Les mêmes facteurs exogènes qui déterminent les dermatites toxiques sont susceptibles, si la « disposition » existe, d'être à l'origine de l'eczéma vrai.

Dans certains cas, l'action répétée de la cause exogène pourra modifier le terrain cellulaire et créer le terrain régional de l'eczéma désormais définitif.

Ainsi, dans le cas de dermatites toxiques, l'élément primordial est exogène, les facteurs endogènes restant très accessoires.

L'ezéma vrai, par contre, relève essentiellement de facteurs endogènes, soit que ceux-ci soient seuls en cause, soit que des éléments exogènes interviennent pour favoriser, déclancher les lésions, ou plus rarement jouent un rôle dans le déterminisme régional de la sensibilité pathologique.

La morphologie des lésions est variable, et des lésions érythémato-vésiculeuses, d'aspect assez polymorphe, rentrent indifféremment dans l'un ou l'autre groupe d'affections caractérisées par leur évolution et leur mode de réaction à la thérapeutique.

Ces eczémas vrais, en nombre restreint, sont destinés à être désagrégés au profit des groupes voisins au fur et à mesure des progrès faits dans la technique des recherches.

G. Dreyfus-Sée.

F. Unterberger. ***Le problème de la détermination volontaire du sexe de l'enfant*** (*Deutsche medizinische Wochenschrift*, t. LVI, n° 8, 21 Février 1930). — Les recherches basées sur la transmission héréditaire des chromosomes tendent à attribuer à l'élément mâle la prédominance dans la détermination du sexe de l'enfant.

Cependant, certaines considérations pratiques amènent à penser que la femme exerce, à ce point de vue, une influence plus grande encore; en particulier, plusieurs observations montrent des hommes mariés deux fois ayant uniquement des filles avec une femme et seulement des garçons lors d'une autre union.

Des observations vétérinaires faites par U. l'ont amené à tenter d'appliquer chez la femme un procédé simple et non dangereux de détermination du sexe de l'enfant.

Nombre de femmes ont des sécrétions vaginales acides, et ce phénomène entraînerait assez fréquemment la stérilité. En modifiant cette réaction locale soit, par une injection de solution bicarbonatée sodique, soit en saupoudrant localement l'orifice externe vaginal avec du bicarbonate de soude immédiatement avant le coït, on arrive souvent à vaincre la stérilité, et l'enfant résultant de cette union serait constamment un garçon.

Une série de 53 cas en 12 ans avec un pourcentage de 100 pour 100 de réussite, ont amené U. à penser que cette modification chimique des sécrétions vaginales pouvait agir sur le spermatozoïde et déterminer bien réellement le sexe de l'enfant.

Des recherches systématiques lui ont montré que les périodes du cycle menstruel exerçaient normalement une influence sur l'acidité vaginale.

Sans pouvoir certifier l'efficacité constante des résultats que seuls des milliers d'expériences permettraient d'affirmer, il préconise cette méthode simple et nullement dangereuse, dont la contrepartie, encore non vérifiée, serait de tenter d'augmenter l'acidité vaginale par des injections de solution d'acide lactique, par exemple, pour obtenir des filles.

G. Dreyfus-Sée.

Rost. ***Le problème de l'eczéma envisagé du point de vue étiogénétique*** (*Deutsche medizinische Wochenschrift*, t. LVI, n° 9, 28 Février 1930). — III. *Les eczématoïdes.* — Dans ce groupe important, qui comprend, lui aussi, des lésions d'aspect morphologique variable, rentrent les affections d'origine endogène primordiale. Ici, des sous-groupes caractérisés par leur étiologie sont utiles à établir, alors que les dermatites n'en comprenaient pas. Chacun d'entre eux est défini par un *status*, terrain spécial qui comporte un ensemble de stigmates.

R. étudie ainsi successivement :

1° L'*eczéma prémycosique*, dont les rapports avec la maladie de Hodgkin peuvent être discutés et qui n'est classé que provisoirement, et sans preuve absolue, dans les eczématoïdes;

2° Les *dermatopathies cyanotiques* ou *eczématoïdes vasomotrices*, ou *eczématoïdes variqueuses* : cyanose des jambes avec sudation et parfois phénomènes inflammatoires ou ulcératifs, survenant chez des sujets variqueux, lésions consécutives à la stase circulatoire qui constitue le status variqueux;

3° L'*eczéma séborrhéique*, avec ses stigmates bien connus : hypertrophie et multiplication des glandes sébacées, surtout en certaines régions où prédominent les lésions eczémateuses, sensibilité spéciale de la peau dans ces mêmes régions. Parmi les autres facteurs exo- et endogènes mal précisés, il faut compter peut-être une participation des glandes sudoripares;

4° Les *eczématoïdes exsudatives*, surtout fréquentes chez l'enfant, peuvent survenir aussi chez l'adulte. Leur polymorphisme les a fait rentrer jusqu'ici dans une série de groupes différents : eczéma sec, prurigo diathésique, prurigo asthmatique, etc.

L'éosinophilie, la lymphocytose sanguine, la diminution de pouvoir de combinaison du sang avec l'acide salicylique, l'hypoglycémie, constituent les principaux stigmates biologiques et chimiques de ce status, ainsi que le dermographisme, les troubles vasomoteurs, les altérations fonctionnelles endocriniennes, la sensibilité cutanée aux allergènes;

5° Le *status hyperglycémique prédiabétique* ou *diabétique* comprend des lésions polymorphes cutanées parmi lesquelles rentreraient les dermatites intertrigineuses, peut-être favorisées par une sueur hypersucrée, même si la glycémie est peu élevée, car elles cèdent aux traitements dirigés à la fois contre le facteur exogène (mycosique) et endogène (traitement insulinique et régime);

6° Les *eczématoïdes uricémiques*, encore peu étudiées;

7° Les *eczématoïdes scrofuleuses*. Ici, le facteur exogène B K évolue sur un terrain spécial : status lymphatique, chez lequel une injection pyococcique a modifié les organes lymphoïdes rhino-pharyngés. Une sensibilité particulière des ganglions en résulte, et ceux-ci réagissent à la superinfection bacillaire par de l'inflammation et de la suppuration, et non plus par de la caséification. La peau est, elle aussi, modifiée, et des lésions apparaissent, d'un type spécial, à la bouche, au nez, aux oreilles.

En conclusion de cet important travail théorique, R. aboutit donc à une classification nouvelle qui lui paraît pouvoir constituer un point de départ pour les recherches destinées à préciser l'étiologie et la pathogénie des affections cutanées. Mises à part les nombreuses dénominations nouvelles, d'ailleurs assez nettement définies, ce mode de classement a l'intérêt de placer au second plan les données morphologiques et de faire dominer les notions modernes de terrain. Cette méthode, très générale, peut-elle réellement ouvrir aux recherches des voies nouvelles ? R. l'affirme, mais seuls les résultats des recherches inspirées par elle pourront le démontrer.

G. Dreyfus-Sée.

KLINISCHE WOCHENSCHRIFT

P. Clairmont et A. Dimtza. ***Le traitement de la tuberculose par le régime*** (*Klinische Wochenschrift*, tome IX, n° 1, 4 Janvier 1930). — Après avoir exposé les opinions contradictoires qui ont été émises au sujet du traitement de la tuberculose par la méthode de Sauerbruch-Herrmannsdorfer-Gerson, C. et D. donnent les résultats qu'ils ont obtenus dans une salle spéciale d'hôpital de 28 à 30 lits organisée depuis Février 1929 pour appliquer exactement ce régime.

Après avoir donné sommairement l'observation de 52 malades (46 cas de tuberculose chirurgicale, 3 cas de tuberculose pulmonaire et 3 cas d'ostéomyélite) ainsi traités pendant plus ou moins longtemps, C. et D. concluent que, chez presque tous les malades, on a observé une modification brusque de l'état général dans un sens favorable. Il ne s'agissait cependant pas de malades admis dans une clinique en vue d'appliquer ce régime, mais, au contraire, de malades soignés depuis longtemps dans d'autres hôpitaux et dans des sanatoriums de la plaine ou de l'altitude. On a généralement remarqué que 8 ou 10 jours étaient nécessaires pour s'habituer à cette nouvelle alimentation et que, pour certains malades, on devait supprimer tel ou tel mets. Dans 5 cas, cette accoutumance a provoqué une perte de poids pendant 4 à 6 semaines. Un traitement psychologique très habile, conduit par le personnel, a pu améliorer certains cas d'anorexie, ce qui montre, comme le remarquent les auteurs de ce travail, l'importance absolument exceptionnelle du psychisme dans le traitement diététique comme dans tout autre traitement. Par ailleurs, il n'a pas été constaté à la longue, c'est-à-dire en 6 ou 8 mois, de dégoût à l'égard de ce régime sans sel qui a coûté en moyenne 3 fr. 6616 (francs suisses) par jour et par tête, alors que, pour le reste de l'hôpital, les dépenses alimentaires s'élèvent à 2 fr. 9988.

Les modifications observées chez presque tous les malades constituent une raison pour continuer à appliquer cette méthode, bien que, jusqu'ici, on ne puisse pas encore donner un jugement définitif.

Deux des malades de C. et D. sont morts de méningite tuberculeuse.

A l'avenir, C. et D. ajouteront à ce régime toutes les autres méthodes de traitement : irradiation par les rayons ultra-violets ou par les rayons X, stase, immobilisation, intervention, etc.

P.-E. Morhardt.

H. Eppinger. ***Une ulcération du pied difficilement guérissable dans l'ictère hémolytique*** (*Klinische Wochenschrift*, tome IX, n° 1, 4 Janvier 1930). — E. a observé deux familles chez les membres desquelles, à côté de l'ictère hémolytique, existait un ulcère difficilement guérissable du pied. Ces ulcères, qui peuvent atteindre la grandeur de la paume de la main, provoquent quelquefois des douleurs et présentent une tendance aux hémorragies, bien qu'ils suppurent peu. Parfois, ils ont été observés en même temps que les signes d'ictère hémolytique. Parfois, au contraire, ils étaient observés comme un symptôme isolé.

Dans le cas d'E., il s'agit d'un homme de 31 ans atteint d'ictère hémolytique et d'ulcération du pied et qui raconte que tous les membres de sa famille ont déjà dépensé beaucoup d'argent pour soigner des ulcères de ce genre, sans arriver à aucun résultat. En effet, un frère et une sœur, ainsi que le père et deux frères du père, de même que le grand-père, ont tous présenté des ulcérations. Dans la seconde famille, il existait également des ulcères dans 4 générations, concurremment avec l'ictère hémolytique.

Dans 2 cas, la splénectomie a guéri l'ulcération apparemment plus vite que les autres symptômes d'ictère hémolytique, de sorte que ce traitement pourrait parfois être recommandé quand cette complication est réellement gênante.

P.-E. Morhardt.

J. Heilpern et O. Porges. *La gastro-photographie : une nouvelle méthode de recherches* (*Klinische Wochenschrift*, tome IX, n° 1, 4 Janvier 1930). — Après avoir rappelé les méthodes antérieures de photographie de la muqueuse gastrique, H. et P. décrivent l'appareil qu'ils ont construit et qui est d'une complication assez grande. Notons simplement que cet appareil, qui s'introduit aussi facilement qu'une sonde gastrique ordinaire, mesure 12,2 mm. de diamètre et que sa partie rigide mesure 8 cm. de long. Cette partie rigide comprend deux chambres noires qui permettent de prendre chacune 4 photographies faisant 90° les unes avec les autres. L'objectif est remplacé par un sténopé, et, entre les deux chambres, se trouve un tube de quartz dans lequel, au moment désiré, on fait déflagrer un filament de wolfram au moyen d'un contact électrique. Pour maintenir l'appareil photographique à une distance convenable des parois gastriques, on enveloppe cette partie de la sonde avec une baudruche. Celle-ci, une fois l'appareil introduit, est gonflée d'air, puis coupée par un dispositif qui fonctionne un peu avant l'instant où l'éclair lumineux est déclanché.

Un des inconvénients de l'appareil est qu'il est assez difficile de savoir quelle est la région de l'estomac qui se trouve représentée sur chaque film. On y arrive cependant, dans une certaine mesure, en radiographiant au moment de prendre la photographie. Dans tous les cas, la région pylorique et la région du cardia sont assez difficiles à photographier, quoique l'appareil puisse représenter environ 200 cmq de la muqueuse.

Les photographies peuvent être grossies 5 fois et examinées dans un appareil stéréoscopique. Une des illustrations du travail donne ainsi la reproduction de deux photographies d'un cancer de l'antre qui donnent un assez bon relief. En ce qui concerne l'ulcère gastrique, les résultats ne sont pas encore bien caractérisés. Il en est de même pour la gastrite, parce que le mucus, qui donne lieu à des effets de miroitement, est gênant.

Dans un cas, cette méthode a permis de préciser un diagnostic en montrant l'existence de tumeurs multiples à surface lisse, tumeurs que la radiographie aurait pu faire prendre pour un cancer et qui ont finalement dû être considérées comme des hyperplasies de la muqueuse par gastrite.

Cette méthode est à la fois moins dangereuse et moins compliquée que la gastroscopie; celle-ci donne cependant plus de renseignements. De nouvelles recherches doivent, selon H. et P., permettre de savoir jusqu'à quel point cette nouvelle méthode pourra permettre de préciser certains diagnostics.

P.-E. Morhardt.

A. Oppenheimer. *Le diabète dans l'acromégalie* (*Klinische Wochenschrift*, tome IX, n° 1, 4 Janvier 1930). — Dans une première observation de O., il s'agit d'une femme qui présentait des signes d'acromégalie et chez laquelle on enleva un adénome de l'hypophyse; 3 ans plus tard, il apparut un diabète insipide typique qui dura 5 ans. Ensuite, il est brusquement survenu un diabète sucré vrai avec glycémie très élevée, et cette particularité qu'un repas sucré d'épreuve provoque, après une hyperglycémie passagère, une hypoglycémie très marquée.

Dans un second cas, il s'agit également d'une acromégalique chez laquelle un repas sucré provoque une hypoglycémie réactive profonde et prolongée et qui, à la suite d'une affection pulmonaire, fait une crise de coma diabétique avec tous ses caractères cliniques et chimiques.

Les analogies entre ces deux cas sont très frappantes. D'abord, on doit considérer que, chez l'un et l'autre malade, l'appareil insulinique fonctionnait normalement et que, cependant, il est survenu un trouble de la cellule hépatique assez sérieux, une fois, pour provoquer le coma. Ce trouble de la cellule hépatique doit donc être attribué aux centres nerveux qui ont pu empêcher l'insuline d'agir sur la cellule hépatique.

P.-E. Morhardt.

W. Pagel. *Les débuts de la tuberculose pulmonaire et la théorie des stades de Ranke* (*Klinische Wochenschrift*, tome IX, n° 2, 11 Janvier 1930). — P. prend, dans ce travail, la défense de la théorie des stades de Ranke qui, selon lui, a été généralement mal comprise. La lésion initiale (Primärkomplex) s'observe, selon P., dans la très grande majorité des cas. Il y a d'abord réaction tissulaire qui conduit à la sclérose et à l'encapsulation comme Ranke l'a vu au cours de ce que cet auteur appelle allergie I qui peut d'ailleurs s'accompagner de bacillémie. Dans l'allergie II, on observe soit une généralisation avec métastases assez volumineuses qui se font par le sang, les vaisseaux lymphatiques, les cavités naturelles et enfin par continuité. A cette période, existe une sensibilisation très marquée de l'organisme. Au stade tertiaire, la sensibilité diminue et les lésions locales arrivent à présenter le maximum d'activité; mais on n'observe pas alors de généralisation de la tuberculose.

P. insiste sur le fait que cette division en stade ne s'applique pas à certains symptômes particuliers ou à certaines lésions définies, mais à l'ensemble des réactions de l'organisme à l'égard du germe. Ainsi, on ne doit pas confondre lésions productives et stade tertiaire ou lésions exsudatives et stade secondaire ou admettre que des cavernes ne puissent jamais s'accompagner de généralisation.

Le début de la tuberculose doit être cherché après avoir distingué entre tuberculose pulmonaire généralisée et tuberculose pulmonaire localisée. Dans le 1er cas, on observe, d'après des recherches portant sur 50 autopsies, un semis miliaire parfois à caractère lymphangitique, de l'emphysème de tuberculose ou de la sclérose dense et des cavernes creusées comme à l'emporte-pièce.

Dans les formes isolées ou localisées, la contamination familiale est fréquente : 40 pour 100 contre 2 pour 100 dans les formes généralisées. Ces deux formes de tuberculose pulmonaire se retrouvent dans la proportion d'environ 70 de la 2e contre 30 de la 1re qui est souvent d'origine exogène. La lésion primitive aurait donc un pouvoir immunisant.

La tuberculose pulmonaire progressive débute aux sommets : des lésions caséifiées encore actives ou réactivées sont aspirées par les bronches moyennes et donnent lieu aux infiltrations infra-claviculaires. Parfois aussi on observe au sommet des foyers pneumoniques ou bronchiques caséeux qui peuvent être plus ou moins indépendants.

Parmi les lésions des sommets, on doit donc distinguer des formes généralisées (miliaires) avec tendance à la sclérose et les cicatrices atélectasiques de Loeschke qui dérivent d'une bronchite ancienne caséifiée. Ainsi, il peut y avoir des lésions du sommet qui, au regard de la classification de Ranke, ont des valeurs toutes différentes et le début apical de la tuberculose pulmonaire n'est ni toujours exogène, ni toujours endogène. Il en est de même pour le foyer infra-claviculaire.

P.-E. Morhardt.

E. Witebsky. *La spécificité sérologique du tissu carcinomateux* (*Klinische Wochenschrift*, tome IX, n° 2, 11 Janvier 1930). — W. a fait porter ses recherches d'abord sur les résultats obtenus avec un extrait alcoolique de cancers de l'ovaire (antigène homologue), de cancers du rectum, d'intestin normal, de foie normal, d'ovaire normal en proportions décroissantes, mis en présence de sérum dilué de lapins préalablement traités avec une suspension de cancer de l'ovaire. Le mélange était additionné, dans les conditions habituelles, de 0,5 cmc d'un mélange d'hématies de mouton et d'ambocepteur. L'hémolyse ne s'est pas produite seulement en présence de l'extrait de cancer de l'ovaire. Il est donc intervenu là une réaction d'anticorps élective. Cette réaction n'est cependant pas spécifique exclusivement pour le cancer, mais aussi pour l'organe d'où provient la tumeur.

Un antisérum préparé avec une métastase hépatique ne témoigne d'aucune spécificité à l'égard d'un cancer du rectum. Si on ajoute une petite dose de lécithine, on rend ce sérum spécifique. Mais l'action de la lécithine n'est pas constante. Il arrive parfois qu'elle fait tout au contraire disparaître la spécificité de la réaction.

Il arrive également qu'un antisérum ne réagit pas avec un organe d'extraits normaux, mais avec divers extraits de cancer, comme s'il y avait une spécificité générale à l'égard du cancer. Mais de tels faits sont rares et il reste à savoir si, en modifiant la méthode, on pourra en augmenter la fréquence.

W. a également étudié au point de vue sérologique les constituants albuminoïdes de la cellule carcinomateuse. Il fait digérer pendant 48 heures une trituration d'organes dans une solution salée physiologique. Il sépare la globuline dissoute ainsi par plusieurs précipitations avec le sulfate d'ammonium. La globuline des cancers s'est montrée spécifique pour son antigène homologue. L'antisérum obtenu par traitement avec les globulines d'un cancer hépatique primitif réagit avec son antigène homologue et aussi avec les métastases hépatiques d'un cancer du rein. L'antisérum obtenu avec les globulines du cancer du rein réagit avec son antigène homologue comme avec les globulines de la métastase hépatique. On a, en somme, l'impression qu'une métastase hépatique, à côté de sa spécificité primitive, possède également une spécificité hépatique.

Ainsi la partie soluble dans l'alcool de même que les globulines de la cellule carcinomateuse possèdent une structure spécifique, caractérisée par des propriétés sérologiques.

Avec une très grosse tumeur de l'ovaire, on a pu préparer un extrait alcoolique, un extrait de globuline et enfin immuniser des lapins avec une suspension, soit à l'égard de l'extrait lipoïdique, soit à l'égard de globuline. L'antisérum ainsi préparé réagit avec les suspensions de tissu cancéreux même portées à l'ébullition. Un antisérum hépatique réagit avec la suspension de foie comme avec la suspension de cancer de l'ovaire. Ces recherches montrent que la cellule carcinomateuse intacte peut entrer en réaction avec les antisérums correspondants.

D'autres recherches ont montré qu'un antisérum pour les globulines du carcinome réagit également avec une suspension de carcinome et inversement.

Le résultat principal de ces recherches est, selon W., que, dans le tissu cancéreux, il existe des structures spécifiques à propriétés sérologiques. Mais on ne saurait dire encore si ces recherches auront des conséquences pratiques. En tout cas, il est intéressant de savoir que la dégénérescence maligne donne aux cellules de nouvelles propriétés sérologiques.

P.-E. Morhardt.

H. Eppinger, D. Laszlo, H. Rein et A. Schürmeyer. *Troubles circulatoires à l'intérieur du rein malade* (*Klinische Wochenschrift*, tome IX, n° 14, 5 Avril 1930). — Après avoir fait remarquer que les échanges gazeux des reins sont extraordinairement élevés, les auteurs de ce mémoire rappellent que, pour Volhard, le processus primitif dans les néphrites est représenté par un spasme des vaisseaux rénaux. C'est ce qui les a conduits à étudier le mécanisme de l'irrigation, d'abord en injectant des substances colorantes et notamment de l'encre de Chine dans l'oreillette gauche pour éviter la petite circulation. Normalement, après cette injection, on observe que les vaisseaux glomérulaires sont remplis de particules de charbon qui ont pénétré jusque dans les capillaires intertubulaires.

En injectant de la cantharide avant la substance colorante, on constate des différences importantes ; tandis que les vaisseaux des glomérules sont pleins de particules, ceux des espaces intertubulaires en sont complètement dépourvus ; cependant, on en trouve encore passablement dans les grosses veines. Le sublimé et le chrome ont provoqué des effets analogues : tandis que, dans un tissu atteint par l'inflammation, la circulation est activée, au contraire, dans le rein lésé par ces poisons, la circulation paraît entravée.

La circulation rénale a été étudiée également par la méthode de Rein qui consiste à adapter un thermoélément à la veine rénale gauche et à la veine mésentérique. On a constaté ainsi que, dans la veine rénale, la circulation est de 160 à 180 cmc par minute avant et que, après injection de 5 milligr. de

FOSFOXYL

(terpénolhypophosphite de soude : C10 H 16 PO3 Na.)

MÉDICATION PHOSPHORÉE TYPIQUE - ALIMENT DU SYSTÈME NERVEUX — TONIQUE — APÉRITIF — FIXATEUR DES SELS DE CHAUX — TRAITEMENT DE TOUTES LES CONVALESCENCES.

ADULTES (par 24 heures) : PILULES : 8 ; SIROP, LIQUEUR : 2 cuillerées à dessert à prendre dans un peu d'eau

aux **ENFANTS** prescrivez le SIROP, dans un peu d'eau ou dans le biberon : par 24 heures : Moins de 2 ans : 1/2 cuillerée à café ; de 2 à 5 ans : 1 id. ; plus de 5 ans : 2 id.

COMMUNICATION A LA SOCIÉTÉ DE THÉRAPEUTIQUE : Séance du 11 Novembre 1925

Les Laboratoires Carron spécialisés dans l'étude et la préparation des terpénolhypophosphites, présentent dans la même série chimique les

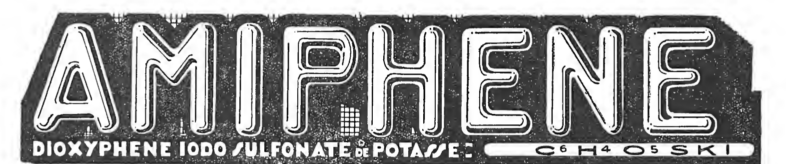
FOSYLS

modificateurs de la constitution chimique des tissus, dans lesquels le métal est véhiculé par une molécule organique phosphorique entièrement assimilable

CALCOFOSYL	terpénolhypophosphite de	calcium	comprimés dosés à 0 gr. 05
MANGANOFOSYL	id.	manganèse	
MAGNESOFOSYL	id.	magnésium	
CUPROFOSYL	id.	cuivre	

Pour les ENFANTS, le CALCOFOSYL est présenté en SIROP DE CALCOFOSYL, Doses : Moins de 2 ans 1 cuiller à café ; 2 à 5 ans : 2 cuillers à café ; au dessus de 5 ans 4 cuillers à café.

COMMUNICATION A LA SOCIÉTÉ DE THÉRAPEUTIQUE : Séance du 14 Novembre 1928.



ANTIDIARRHÉIQUE IODÉ Contient 31 % d'iode organique.

TRAITEMENT CURATIF EXTRÊMEMENT RAPIDE DE TOUTES LES DIARRHÉES et de TOUTES LES INFECTIONS INTESTINALES

TOXICITÉ NULLE

ASEPSIE INTESTINALE PARFAITE

PRODUIT FRANÇAIS

PRÉSENTATION : cachets uniformément dosés à 0 gr. 25 de produit.
PRESCRIRE : cas aigus : Boîte de 8 cachets : 14 francs.
cas chroniques : Boîte de 12 cachets : 20 francs.

COMMUNICATIONS :

ACADÉMIE DE MÉDECINE : Séance du 19 Novembre 1929.
SOCIÉTÉ DE GASTRO-ENTÉROLOGIE : Séance du 9 Décembre 1929.
SOCIÉTÉ DE PATHOLOGIE EXOTIQUE : Séance du 11 Décembre 1929.

LABORATOIRES CARRON, 69, Rue de Saint-Cloud, Clamart (Seine)

cantharidine par kilogr., elle s'abaisse à 25 cmc. Inversement, sous la même influence, la circulation de la veine mésentérique passe de 70 à 190 cmc. La pression artérielle ne se modifie d'ailleurs pas. L'examen histologique du rein a montré une lésion sévère des épithéliums et surtout du segment intermédiaire.

Avec le sublimé, les résultats ont été analogues en ce qui concerne les deux veines et on a constaté des lésions sévères des tubes accompagnées d'une perméabilité anormale des vaisseaux glomérulaires.

Les recherches ont consisté ensuite à voir si, par la diathermie, on arrive à modifier les troubles circulatoires provoqués par ces poisons. La circulation d'un rein normal est effectivement augmentée par la diathermie de la région rénale. Après administration de cantharide, la diathermie fait augmenter de nouveau la circulation rénale de 15 à 20 cmc seulement. Après le sublimé, les effets ont été plus marqués : la diathermie rendra normale la circulation du rein intoxiqué.

Quand on administre à un homme normal 400 cmc d'eau le matin à jeun, la plus grande quantité de cette eau est éliminée au bout de 4 heures. Si, pendant cette épreuve, on pratique la diathermie sur la région rénale, l'élimination d'eau est plus rapide à condition qu'on n'ait pas fait transpirer. Chez un chien avec fistule vésicale, les résultats sont assez paradoxaux : en administrant à cet animal 300 cmc d'eau, on constate qu'en 3 heures 44 à 46 pour 100 de cette eau sont éliminés. En faisant de la diathermie sur la région rénale, on arrive à faire éliminer, dans le même temps, 93 à 96 pour 100 de la quantité de liquide introduit. Mais cette accélération ne commence à se produire qu'une fois la séance de diathermie terminée. P.-E. Morhardt.

A. Hallermann et H. Kähler. *Les divers types de pneumonies et leur traitement par le sérum* (*Klinische Wochenschrift*, tome IX, nº 14, 5 Avril 1930). — H. et K. ont étudié 94 cas de pneumonie et ont trouvé 27,3 fois pour 100 le type I; 31,9 fois pour 100 le type II et 35,8 pour 100 le type III; le reste, soit 6,5 pour 100, comprend le type IV. Pendant une épidémie de grippe, les pneumonies ont été exclusivement dues au type III. Les malades étaient alors pâles, assez sévèrement atteints et leur expectoration était jaune verdâtre ou parfois constituée par du sang presque pur mais pas rouge brique.

En ce qui concerne le type IV, sa proportion est, selon l'auteur, presque entièrement sous la dépendance de la technique employée.

La gravité de la maladie n'a pas varié avec le type du microbe. En revanche, quand plusieurs lobes étaient pris, la mortalité était sévère : 14 cas sur 28. Avec les types I et II on n'observe généralement pas de broncho-pneumonie.

En ce qui concerne le traitement, l'auteur a essayé d'abord du sérum de cheval normal qui lui a paru agir bien sur l'état général et favoriser l'action des cardiotoniques. Les sérums monovalents (type I ou II) et les sérums polyvalents (type I et II) n'ont pas paru agir beaucoup mieux que le sérum normal. C'est cependant un sérum américain monovalent (type I) qui a donné les meilleurs résultats.

Actuellement, surtout lorsque plusieurs lobes sont pris, l'auteur administre d'abord un sérum polyvalent (type I et II). Si le microbe est identifié le lendemain, il donne le sérum monovalent du type correspondant. En somme, les résultats brillants annoncés en Amérique ne paraissent pas confirmés par l'auteur, peut-être en partie parce que les quantités de sérum disponibles ne sont pas encore suffisantes. P.-E. Morhardt.

Werner Lipschitz. *Différenciation entre l'iode de la thyroxine et l'iode inorganique par les membranes de l'organisme vivant* (*Klinische Wochenschrift*, tome IX, nº 14, 5 Avril 1930). — L'auteur a montré antérieurement que l'ion iode devient environ 10 fois plus concentré en passant du sang dans la sécrétion de la parotide ou des glandes gastriques. Il a constaté tout d'abord qu'avec la méthode de Buschholtz, il retrouve dans le sérum *in vitro* plus des 3/4 de l'iode ajouté à ce sérum sous forme de thyroxine. Il a pu également constater, chez deux chiens, que l'iode du plasma augmente fortement sous l'influence d'une injection de thyroxine synthétique à la dose, par exemple, de 20 milligr. par kilo, puis diminue rapidement pour atteindre le 1/10 de ce chiffre le second jour. Le sérum des animaux ainsi traités se montre fortement hémolytique et l'iode n'apparaît qu'en petites quantités dans l'urine.

Chez un animal auquel il a été injecté à 4 jours d'intervalle une fois de la thyroxine et l'autre fois de l'iodure de sodium, on a constaté que cette dernière préparation passe immédiatement et en proportion très importante dans la salive et dans la sécrétion gastrique. Avec la thyroxine, l'augmentation du taux de l'iode dans le sang est plus grande au début qu'avec l'iodure de potassium, tandis que celle de la salive et du suc gastrique est à peine marquée et n'arrive à dépasser celle du sang que vers le 3e ou le 4e jour.

Le dosage de l'iode du suc gastrique ou de la salive parotidienne permet de calculer l'ordre de grandeur des iodures qui circulent dans le sang et qui sont environ 10 fois moins abondants que dans ces sécrétions. On peut également étudier par cette méthode le pouvoir de concentration des glandes.
P.-E. Morhardt.

H. Zondek. *Traitement de la maladie de Basedow par l'iode* (*Klinische Wochenschrift*, tome IX, nº 14, 5 Avril 1930). — Les auteurs américains qui emploient l'iode dans le traitement de la maladie de Basedow comme Plummer et Boothby considèrent que cette médication doit conduire tôt ou tard à faire intervenir le chirurgien. Cependant Z. remarque que, d'une manière générale, il est admis que les maladies de Basedow avec amaigrissement modéré, élévation du métabolisme de base ne dépassant pas 20 p. 100, cœur en bon état dont le débit par minute ne dépasse pas 6 litres, peuvent être guéries par un traitement interne. On doit donc, dans de tels cas, laisser de côté la médication iodée. En effet, avec de la patience, une cure de lit de plusieurs semaines ou de plusieurs mois de durée, des sédatifs, 1/4 de milligr. de sulfate d'atropine par jour, de fortes doses de quinine, la guérison survient. C'est donc seulement dans les cas moyens ou sévères que l'intervention entre en considération et en même temps le traitement par la liqueur de Lugol.

En pareil cas, Z. administre 5 fois par jour V à VIII gouttes de liqueur de Lugol contenant 1 gr. d'iode et 2 gr. d'iodure de potassium pour 100 gr. Cette médication est poursuivie jusqu'à ce qu'une amélioration clinique soit constatée, c'est-à-dire jusqu'à ce que le poids commence à augmenter. Pour cela, 8 à 10 jours suffisent, en général, et alors Z. administre 3 fois par jour III à II gouttes de liqueur de Lugol pour descendre à 3 fois III gouttes au bout de 15 jours, en poursuivant la médication pendant 5 à 8 semaines et parfois davantage. Pendant les règles, l'iode doit être supprimé.

Si, au lieu de l'amélioration, on constate, au contraire, une aggravation des symptômes (arythmie, extrasystolie, diminution de l'appétit, augmentation du métabolisme et du débit par minute, etc.), la dose d'iode doit alors être diminuée ou augmentée. Z. prescrit également dans certaines circonstances l'iode exclusivement ionisé, c'est-à-dire 3 fois par jour V gouttes d'une solution d'iodure de potassium à 1 pour 20 dans l'eau. Quand une amélioration est obtenue, on pourra se poser la question de savoir s'il faut intervenir et c'est pour l'affirmative que l'auteur se décide dans le plus grand nombre des cas sévères. Chez les malades fortunés, cependant, les soins peuvent être facilement prolongés, parfois jusqu'à la guérison. Mais il est évident que ce traitement par l'iode ne peut être fait que dans une clinique et qu'il serait dangereux de donner une ordonnance d'iode à un malade qui serait ensuite abandonné à lui-même pour plus ou moins longtemps.

Cette méthode prolongée de traitement par l'iode, que l'auteur oppose à la méthode courte des Américains, n'oblige pas aussi souvent à terminer le traitement par une intervention chirurgicale. L'auteur donne à ce sujet deux observations dans lesquelles le traitement eut une fois 7 semaines et l'autre fois 5 mois de durée avec résultat final satisfaisant.

Les améliorations peuvent être rapides ou, au contraire, lentes. En tout cas, elles s'accompagnent d'un abaissement du métabolisme et d'une augmentation des dépôts de sang dans les organes et notamment dans la rate. En même temps, la vascularisation si caractéristique de la thyroïde diminue. De plus, des biopsies ou des interventions paraissent montrer que plus ce traitement est prolongé, plus on retrouve dans le goitre exophtalmique les caractères du goitre colloïdal banal capable de fonctionner normalement comme dépôt pour l'iode.

Z. n'a pas constaté que la présence de nodules dans l'épaisseur de la thyroïde s'accompagne d'une résistance à l'égard de l'iode plus grande que les goitres diffus. Les succès sont également répartis dans les diverses formes de maladie de Basedow.

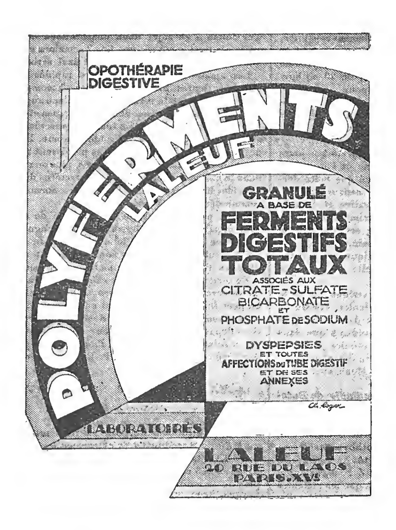
En terminant, l'auteur fait remarquer qu'à Berlin, on observe surtout des goitres colloïdaux auxquels on peut faire beaucoup de mal en donnant de façon trop schématique des petites doses d'iode. Pour lui, il ne dépasse pas 2 fois par jour une cuillère à café d'une solution de 4 milligr. d'iodure de potassium dans 200 cmc d'eau. P.-E. Morhardt.

ACTA CHIRURGICA SCANDINAVICA (Stockholm)

A. Troell (Stockholm). *Sur le traitement de la maladie de Basedow* (*Acta chirurgica scandinavica*, vol. LXVI, fasc. 2-3, 30 Mai 1930). — Ce travail est basé sur 378 cas de thyréotoxicoses, c'est-à-dire sur plus de la moitié de tous les goitres opérés par T. jusqu'en 1929. Sur ce nombre, il y avait 12 pour 100 d'hommes et 88 pour 100 de femmes. Pour asseoir le diagnostic, T. attache une valeur primordiale à la détermination du métabolisme basal. Sans doute cette recherche n'est elle-même pas dépourvue de causes d'erreur; mais elle rend pourtant possible, bien mieux que toute autre épreuve clinique ou de laboratoire, une classification uniforme des goitres; elle permet aussi d'établir des comparaisons, basées sur des faits objectifs, entre la valeur des diverses méthodes de traitement. En fait, aucun matériel de goitres, quelque grand qu'il soit, ne saurait être utilisé pour des fins scientifiques si, en établissant le diagnostic, on n'a pas tenu compte du métabolisme basal.

70 pour 100 des goitres toxiques de la statistique de T. doivent être rangés cliniquement et morphologiquement sous la rubrique de *goitres diffus de Basedow* (« exophthalmic goiter » de Plummer); le reste sous celle de *goitre adénomateux avec thyréotoxicose* (« adenomatous goiter with hyperthyroidism » de Plummer). T. estime qu'il est sans objet de distinguer entre les Basedows « primitifs » et « secondaires ». D'ailleurs cette distinction est loin d'être possible dans tous les cas. D'une part, en effet, beaucoup de malades donnent des renseignements très vagues sur le temps depuis lequel existent le goitre et d'autres symptômes. D'autre part, chez certains sujets — chez plus de 4 pour 100 — on ne peut même déceler aucun goitre par la palpation. D'après ce qu'a constaté T., le « Basedow primitif » correspond constamment à un goitre diffus, anatomiquement parlant, et le « Basedow secondaire » correspond tantôt à une forme diffuse, tantôt à une forme adénomateuse.

Le degré de la thyréotoxicose atteignait en moyenne environ + 55 pour 100 dans les cas de *g. d. B.* et 40 pour 100 dans ceux de *g. a. th.*; les valeurs de métabolisme basal les plus élevées qui aient été enregistrées atteignaient + 178 pour 100 dans le premier groupe et + 76 pour 100 dans le second. Dans la règle, ces différences correspondaient à un tableau clinique et à un pronostic de toute façon plus grave dans les *g. d. B.* que dans les *g. a. th.*; elles allaient également de pair avec une structure du goitre, tant macro- que microscopique, différente, ainsi que, souvent, avec une distribution géographique autre des cas.



DOSES :	A	B	C	D	E	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13
	5 millig.	1 ctgr.	1 ctgr. 1/2	2 ctgr.	3 ctgr.	6 ctgr.	12 ctgr.	18 ctgr.	24 ctgr.	30 ctgr.	36 ctgr.	42 ctgr.	48 ctgr.	54 ctgr.	60 ctgr.	72 ctgr.	84 ctgr.	96 ctgr.



Il s'ensuit que les *indications opératoires* sont, elles aussi, différentes pour les deux groupes de goitres : un quart seulement des malades à *g. a. th.* ont été opérés uniquement à cause de la thyréotoxicose ; pour les trois autres quarts des troubles d'ordre mécanique jouaient aussi un rôle. Les malades fortement « toxiques » du groupe des *g. d. B.* étaient toujours opérés aussitôt qu'on avait réussi à faire régresser suffisamment la thyréotoxicose par un traitement médical préparatoire (jamais d'opération pendant la période ascendante du métabolisme basal). Quand il s'agissait de toxicoses modérées, il arrivait aussi qu'on opérait sur les « indications sociales ». Cependant T. estime que le traitement par l'expectative n'est jamais à recommander en dehors d'un contrôle médical constant, et cela même en ce qui concerne les chiffres du métabolisme basal. Les cas de Basedow sans hypertrophie de la thyroïde doivent être traités selon les mêmes principes que ceux avec goitre. Un soupçon purement clinique de Basedow dans les cas sans goitre prend de la force lorsqu'on constate par l'auscultation un frémissement vasculaire au niveau des pôles supérieurs de la thyroïde.

Le *traitement préopératoire* des *g. a. th.* consiste, dans la règle, en repos au lit, à quoi s'ajoutent du bromure, du quinquina, du calcium, etc. ; celui des *g. d. B.*, en repos au lit et solution de Lugol. Cette dernière méthode préopératoire, dont l'introduction est due avant tout à Plummer, signe l'un des progrès les plus éclatants dans le traitement moderne du Basedow. Pour la majorité des malades, une cure de Lugol de 1 à 2 semaines suffit. D'ordinaire cette cure doit être d'autant plus prolongée que le cas a été plus toxique dès le début; et elle provoque une transformation d'autant plus marquée de la morphologie de la thyroïde — transformation tendant vers le goitre colloïde banal — qu'elle dure plus longtemps. D'une façon générale, il est d'un intérêt théorique considérable de voir avec quelle précision l'on peut, dans la plupart des cas, retrouver macro-et microscopiquement l'effet anatomique du Lugol sur les pièces opératoires, effet qui est à la base de la rémission temporaire de la thyréotoxicose telle qu'on la constate cliniquement. La grande signification pratique de la thérapeutique par le Lugol consiste en ceci, qu'elle abrège le séjour des malades à l'hôpital, diminue le risque de l'intervention, et rend opérables certains cas qui autrement étaient inopérables et désespérés. Exceptionnellement on peut recommander préopératoirement, à côté du Lugol, l'insuline, et — dans les cas les plus graves — la transfusion sanguine.

Le *procédé opératoire de choix* est la strumectomie subtotale en un temps. La résection bilatérale est la méthode la plus sûre même en cas d'adénome solitaire à symptômes toxiques, car il arrive souvent que les tissus voisins du noyau présentent l'image microscopique du *g. d. B.* Comme *anesthésique*, T. recommande, de préférence à la narcose, une solution de novocaïne à 1 pour 100, avec adjonction d'une goutte d'adrénaline par 10 cmc de liquide. C'est seulement dans l'opération des récidives qu'il conseille, par principe, la narcose à l'éther à cause des difficultés opératoires. Ainsi que l'ont montré des recherches spéciales faites par T. le pouls et l'état général sont moins affectés par l'anesthésie locale que par la narcose par inhalation, cela aussi bien lors de l'opération que pendant les jours suivants ; on peut aussi admettre que l'anesthésie locale contribue à réduire la mortalité opératoire. De suite après l'intervention le malade reçoit un goutte à goutte rectal de 1.000 cmc de solution de glucose à 5 pour 100 avec 20 gouttes de teinture d'opium et 30 gouttes de Lugol ; plus tard dans la journée encore 1.000 cmc de solution de glucose à 5 pour 100 par injection sous-cutanée. Par ailleurs, dans la règle, on ne lui donne plus de solution iodée après l'opération. La strumectomie en plusieurs temps est devenue pratiquement superflue depuis l'introduction du traitement préopératoire au Lugol.

La *mortalité opératoire directe* s'est abaissée à 2,2 pour 100 pendant ces deux dernières années (pendant ce même laps de temps un seul malade s'est vu refuser le bénéfice de l'opération du fait d'une thyréotoxicose trop élevée). Habituellement les malades ont pu se lever une semaine après l'intervention. Presque les 3/4 des opérés de *g. d. B.* ont pu quitter l'hôpital après moins d'un mois de séjour ; les *g. a. th.* encore plus tôt.

Le chiffre primitif du métabolisme basal a été trouvé réduit de 40 unités à l'exeat des malades atteints de *g. d. B.* chez lesquels on a fait des recherches dans ce sens, et, lors du dernier examen, il s'élevait en moyenne à environ + 14 ; pour les cas de *g. a. th.* les chiffres respectifs sont : 23 unités et + 13,5 pour 100. Presque les 4/5 des cas de *g. d. B.* et les 3/4 des *g. a. th.* présentaient à leur sortie de l'hôpital un métabolisme basal de + 20 pour 100 au maximum. On n'a pas pu établir que les *parathyroïdes* courussent un danger tant soit peu sérieux du fait de l'opération.

Quant aux *résultats éloignés* — de 1 à 9 ans après l'intervention — on a des nouvelles de 96 pour 100 des cas opérés. 51 pour 100 avaient retrouvé une santé parfaite, 39 pour 100 une capacité de travail complète mais en conservant certains troubles. Des récidives se produisirent dans 6 pour 100 des cas (dues avant tout à une résection insuffisante de la thyroïde). Pour les malades qui ont subi la strumectomie subtotale, le risque de récidive semble être minime lorsqu'une année s'est écoulée. L'augmentation du métabolisme basal et l'amaigrissement sont les symptômes influencés le plus rapidement et le plus régulièrement par la strumectomie. L'amélioration des symptômes nerveux et cardiaques est plus lente et plus imprévisible — elle peut mettre des années à se parfaire. Il en va de même de l'exophtalmie : c'est surtout chez les malades qui ne l'ont présentée que peu de temps avant l'opération qu'on peut s'attendre à sa disparition complète.

Il existe un certain risque, encore qu'insignifiant, d'*hypothyroïdisme* après la strumectomie subtotale, et cela, autant qu'on peut s'en rendre compte, spécialement chez les malades qui ont subi un long traitement radiothérapique avant l'opération ; le traitement par la thyroxine, sous le contrôle du métabolisme basal, donne des résultats satisfaisants dans ces cas.

J. Behring (Lund). ***Contribution à l'étude des tumeurs des os longs : leur diagnostic et leur traitement*** (*Acta chirurgica scandinavica*, tome LXVI, fasc. 2-3, 30 Mai 1930). — L'auteur a réuni et soumis à un nouvel examen un matériel de sarcomes des os longs opérés dans 48 hôpitaux et services de chirurgie de Suède pendant la période 1900-1926. Sa statistique comprend 384 cas.

Pour 246 cas (dont 27 sarcomes à myéloplaxes), le diagnostic d'ostéosarcome (ou sarcome à myéloplaxes respectivement) doit être considéré comme définitivement établi, d'autant plus que, dans tous les cas sauf 2, il s'appuie aussi sur un examen histologique.

Pour considérer un résultat opératoire comme définitif, la limite a été fixée à 4 ans après l'intervention.

Ceci dit, des 66 cas de sarcomes du fémur opérés « radicalement » (9 cas de résection, 24 cas d'amputation et 33 cas de désarticulation), 8 sont restés sans récidive passé 4 ans au moins. Des 69 cas de sarcomes du tibia opérés « radicalement » (3 cas de résection et 66 cas d'amputation), 19 sont restés sans récidive passé 4 ans au moins. Des 15 cas de sarcomes du péroné (10 cas de résection ou d'extirpation et 5 cas d'amputation du fémur ou de désarticulation de la hanche), 3 sont restés sans récidive passé 4 ans au moins. Des 31 cas opérés de sarcomes de l'humérus (12 cas de résection, 2 cas d'amputation, 10 cas de désarticulation et 7 cas d'amputation interscapulo-thoracique), 3 sont restés sans récidive passé 4 ans au moins.

Dans tous les 27 cas de sarcomes à myéloplaxes opérés «radicalement », les pathologistes, qui presque tous étaient des praticiens ayant une expérience étendue du traitement des tumeurs, ont posé sans réserves le diagnostic de sarcome à myéloplaxes. De ces cas, 6 ont cependant abouti à la mort après des métastases. Ce chiffre a paru à l'auteur trop élevé pour pouvoir s'expliquer par un transfert des cas défavorables au point de vue du pronostic dans d'autres groupes de maladies des os, et il est d'avis que la question tant débattue de savoir si les sarcomes à myéloplaxes sont constamment des néoformations bénignes devra être laissée pendante jusqu'à nouvel ordre.

Les conclusions les plus importantes que l'auteur a cru pouvoir tirer en se basant sur le matériel groupé des ostéosarcomes de Suède sont les suivantes :

1° La résection avec ou sans opération ostéoplastique n'offre pour les sarcomes du fémur, du tibia et de l'humérus d'origine périostique, comme pour les sarcomes centraux avec perforation de la coque osseuse et du périoste, et dans les cas où l'on a dû pratiquer de larges excisions de parties molles, que très peu de chances d'un retour définitif à la santé.

2° Pour la résection, voire l'extirpation du péroné dans les ostéosarcomes, les résultats éloignés sont relativement favorables, car ils comportent une absence de récidive dans 33 pour 100 des cas, passé 4 ans au moins.

3° Les résultats éloignés sont également assez favorables dans les cas d'ostéosarcomes localisés au bout inférieur du fémur ou au tibia et traités par l'amputation du fémur, et comportent une absence de récidive dans 25 pour 100 des cas, passé 4 ans au moins.

4° Pour les sarcomes du fémur, ou de l'humérus, présentant une localisation assez élevée ou une extension assez considérable pour nécessiter soit la désarticulation de l'os coxal soit une amputation interscapulo-thoracique, la mortalité après opération est relativement élevée (= 10 p. 100), et les résultats éloignés sont mauvais, ne comportant qu'une absence de récidive de 4 p. 100 passé 4 ans au moins.

5° Les sarcomes périphériques ont un pronostic plus mauvais que les sarcomes centraux.

6° L'examen anatomo-pathologique des tumeurs sarcomateuses montre, chez les malades n'ayant pas récidivé, un pourcentage considérablement plus élevé de tumeurs à tissus relativement différenciés que chez les sujets décédés des suites de la maladie, soit 85,5 pour 100 et 43,6 pour 100 respectivement.

7° Dans les cas où il faut extirper les ganglions régionaux infiltrés microscopiquement, le pronostic est absolument mauvais.

8° Une ostéotomie pour biopsie aggrave le pronostic.

9° La survie post-opératoire moyenne, calculée pour l'ensemble des malades décédés de la maladie après opération, est de un an environ.

E. M. Beckman (Stockholm). ***Rupture spontanée de la rate à la suite de la malariathérapie*** (*Acta chirurgica scandinavica*, t. LXVI, fasc. 2-3, 30 Mai 1930). — Chez une jeune femme de 26 ans, atteinte de gonorrhée aiguë avec cervicite et paramétrite, ayant résisté à toutes les thérapeutiques habituelles, on pratique, le 3 Août 1929, une injection intraveineuse de sang paludique. La réaction, les jours suivants, est très marquée et prouve que l'inoculation a réussi. Mais, au 15° jour, la malade est prise de tous les signes d'une hémorragie interne. On diagnostique une grossesse extra-utérine rompue et on intervient aussitôt. Or, on trouve une rate du volume d'une tête d'enfant présentant un gros hématome sous-capsulaire qui se déchire au cours des manœuvres d'exploration. Splénectomie. Transfusion sanguine. Guérison. L'examen histologique de la pièce montra une hyperplasie générale de la pulpe splénique avec hémorragies interstitielles et nécrose de nombreux follicules. Pas de parasites. Pas de bactéries.

La littérature renferme 5 cas de ce genre, mais dont aucun ne fit l'objet d'une intervention opératoire. Il n'y a pas de doute que ce soit le paludisme qui ait causé ces ruptures dont les risques sont aussi grands que pour les rates paludéennes spontanées. Il faut donc songer à leur possibilité chez les sujets soumis à la malariathérapie, d'autant plus qu'une splénectomie d'urgence peut sauver les malades.

J. Dumont.

REVUE DES JOURNAUX

ARCHIVES MÉDICO-CHIRURGICALES DE L'APPAREIL RESPIRATOIRE
(Paris)

M. Crouzet et A. Wigniolle (Trespoey). ***Du rôle des réactivations ganglio-hilaires dans l'éclosion de la tuberculose pulmonaire*** (*Archives médico-chirurgicales de l'Appareil respiratoire*, tome IV, n° 6, Décembre 1929). — On peut admettre que l'adénopathie médiastino-hilaire est la première lésion apparente consécutive à la tuberculisation des individus. L'évolution de ces premières lésions tuberculeuses qui caractérisent les formes infantiles peut se faire schématiquement de trois façons : tantôt c'est une infection grave avec lésions ganglionnaires importantes se caséifiant rapidement, lésions pulmonaires destructives puis envahissantes ou généralisation; plus souvent, la lésion guérit définitivement : plus tard, à l'autopsie du sujet mort de tout autre chose, on ne retrouvera que quelques ganglions calcifiés ou sclérosés ; parfois enfin, la victoire de l'organisme n'a été qu'incomplète, l'invasion bacillaire a été arrêtée momentanément; les germes, cantonnés dans les ganglions, gardent leur virulence.

Ce sont ces derniers enfants ou adolescents qui constituent presque uniquement les victimes désignées de la tuberculose chronique. Le réveil de la tuberculose est d'abord ganglionnaire, l'infection reprend là où elle s'était endormie. Les ganglions semblent devenir incapables de retenir les germes microbiens. La radiologie confirme la réalité de cette première phase ganglionnaire.

Ces « adénopathies réchauffées » peuvent encore subir des périodes d'accalmie et de recrudescence ; elles peuvent rester silencieuses et latentes un temps prolongé ; le plus souvent, elles entraînent des complications au premier rang desquelles se placent les autres localisations lymphatiques, voisines ou à distance, et « paralymphatiques », localisations sur les séreuses et surtout la plèvre.

Les scissurites, qui ne constituent en réalité qu'un aspect de la pleurésie, sont une des complications les plus importantes. A côté, il faut signaler les phénomènes inflammatoires de voisinage, bronchites ou congestions pulmonaires plus ou moins caractérisées.

Le système lymphatique pulmonaire est atteint sous forme de « tramite » qui se présente sous l'aspect radiographique d'un réseau plus ou moins serré disposé en éventail et rayonnant vers le hile. Si la lymphangite dure quelque temps, le tissu de réaction s'organise et devient bientôt indélébile.

A ce stade de généralisation lymphatique, la tuberculose peut régresser définitivement (tramite fugace) ou rester stationnaire, le tissu interstitiel s'hypertrophie lentement sous l'action des toxines bacillaires. Ce sont les cas heureux, de beaucoup les plus nombreux. Mais ce stade prépare aussi la voie à une étape plus grave de l'infection : si l'activité bacillaire se prolonge et s'accroît, les réactions de l'organisme s'épuisent, la barrière lymphatique tombe, la tuberculose envahit les poumons où l'on peut observer divers modes de réaction. C'est le plus souvent le lobe supérieur qui se laisse contaminer par la lymphe pathogène. Les lésions parenchymateuses évoluent ensuite isolément.

ROBERT CLÉMENT.

ARCHIVES DE L'INSTITUT DU RADIUM DE L'UNIVERSITÉ DE PARIS ET DE LA FONDATION CURIE

G. Gricourt. ***Etude histologique de l'action des rayons X sur l'ovaire à la période d'ovogenèse*** (*Archives de l'Institut du Radium*, tome II, fasc. 1, 1930). — L'ovaire de mammifères en activité ovogénique (pendant la multiplication des ovogonies et la différenciation nucléaire des ovocytes) présente une grande sensibilité à l'action des rayons X. Une irradiation unique, correctement administrée, peut amener la destruction totale et définitive des éléments sexuels.

La diminution de volume de l'ovaire est précoce et rapide : 8 jours après l'irradiation, la régression de la zone corticale est achevée ; le 14e jour, la zone médullaire ayant elle-même considérablement diminué, l'ovaire se trouve réduit à une mince lamelle fibreuse.

Les premiers effets, décelables déjà une heure après l'irradiation, sont l'arrêt de la multiplication caryocinétique des cellules épithéliales et conjonctives, et la destruction des mitoses en cours; en particulier, la multiplication des ovogonies est complètement arrêtée.

Les éléments de la lignée sexuelle sont frappés électivement. Les ovogonies, particulièrement sensibles, manifestent leurs lésions dès la première heure ; au bout de 24 heures, elles sont détruites en presque totalité. Les ovocytes sont plus résistants et manifestent leurs lésions plus tardivement. La répartition topographique des lésions de la zone corticale primitive de l'ovaire permet de constater des différences dans la sensibilité des ovocytes : l'ovocyte est d'autant plus résistant et plus tardivement atteint qu'il est plus âgé et que son noyau est plus différencié. Les ovocytes qui persistent le plus longtemps sont ceux qui, au moment de l'irradiation, étaient le plus avancés dans leur développement. Tant qu'un ovocyte irradié n'est pas détruit, il poursuit son évolution, augmente de taille, et son noyau se prépare à la réduction chromatique avec le même rythme et en passant par les mêmes stades morphologiques que l'ovocyte normal. Aucune néoformation d'ovocytes ne se produit à partir des éléments corticaux indifférenciés qui ont échappé à l'action des rayons : l'ovogenèse est définitivement arrêtée.

Les cellules folliculeuses, qui ne se distinguent pas des ovogonies par leur structure, ont une sensibilité relativement faible ; il en persiste toujours un certain nombre parmi les derniers éléments épithéliaux de la zone corticale.

Il existe un parallélisme radiophysiologique manifeste entre les stades homologues des lignées sexuelles mâle et femelle. Les cellules-souches (spermatogonie et ovogonie) ont une sensibilité exquise et très particulière. Les spermatocytes et les ovocytes de premier ordre, moins sensibles dans l'ensemble, deviennent de plus en plus résistants à mesure qu'ils se différencient davantage. Le rythme évolutif n'est altéré par l'irradiation dans aucune des deux lignées.

Les cordons médullaires de l'ovaire sont peu lésés par l'action directe des rayons X. Néanmoins ils finissent par disparaître presque complètement, comme « étouffés » par la sclérose conjonctive consécutive à l'irradiation.

Le tissu conjonctif ovarien se trouve en prolifération active au moment de l'irradiation. Une heure après, les mitoses ont disparu; la cytolyse débute dès la 2e heure, surtout dans le tissu conjonctif lâche de la zone médullaire; les lésions progressent jusqu'à la 6e heure, puis diminuent; la sclérose apparaît alors graduellement : 14 jours après l'irradiation, la zone corticale est entièrement scléreuse, la zone médullaire reste creusée de lacunes lymphatiques. L'altération du tissu conjonctif de l'ovaire jeune sous l'action des rayons X contraste avec l'intégrité de celui de l'ovaire et du testicule adultes.

L'endothélium vasculaire — qu'il s'agisse de capillaires ou de vaisseaux plus volumineux — ne présente à la suite de l'irradiation aucune lésion décelable histologiquement.

Dans la trompe utérine, on observe des lésions aussi précoces et intenses que celles de l'ovaire. Elles sont généralisées à ses diverses tuniques. Ces lésions sont passagères : elles s'atténuent dès la 6e heure ; elles sont suivies de réparation dès le 6e jour ; le 12e jour, le développement de la trompe est redevenu normal.

Les lésions tubaires s'opposent ainsi aux lésions ovariennes par leur non-électivité et leur caractère passager. A partir du 6e jour, le développement actif de la trompe coïncide avec la régression complète de l'ovaire. On doit en conclure qu'à ce stade cette portion du tractus génital est indépendante de la présence ou de l'absence d'éléments sexuels et de sécrétions d'hormones ovariennes.

LE CONCOURS MÉDICAL
(Paris)

P. Chavigny. ***L'ennui; sa thérapeutique; sa prophylaxie*** (*Le Concours médical*, tome LII, n° 16, 20 Avril 1930. — La monotonie et surtout l'absence d'occupations sont les conditions les plus fréquentes de cet état psychique : l'ennui. Mais ses causes sont plus profondes. « L'être qui s'ennuie et surtout qui s'ennuie d'une façon chronique est un orgueilleux qui trouve que la vie ne vaut pas la peine d'être vécue, qu'elle n'est pas intéressante, surtout que ses mérites, certainement supérieurs, ne sont pas suffisamment reconnus. » L'ennuyé est un grand incompris.

Il existe une période physiologique qui est spécialement celle de l'ennui ; c'est la puberté.

L'ennui morbide banal est celui des « petits héréditaires », des « petits mentaux ». Quelquefois, l'ennui est le symptôme prémonitoire d'un trouble cérébral qui pourra s'aggraver et conduire le malade à l'asile.

L'ennui est pénible pour le malheureux qui en est atteint et aussi pour son entourage; son aboutissant trop fréquent est le suicide.

Au point de vue thérapeutique, ce n'est pas sur le plaisir, sur la facilité du plaisir qu'il faut compter pour guérir l'ennui; ce sont les gens qui ont le plus de facilité de s'amuser qui ont précisément la spécialité de fournir le plus grand nombre d'ennuyés. Les distractions les plus variées s'usent rapidement. Il faut chercher à modifier la tournure d'esprit de l'individu qui s'ennuie. Il faut que l'entourage perde l'habitude de le considérer comme un être quelque peu supérieur; il ne faut pas le plaindre et, sinon le tourner en ridicule, tout au moins cesser de le considérer comme « intéressant ».

C'est de bonne heure, dès le premier âge, qu'il faut commencer la prophylaxie de l'ennui en donnant de bonnes habitudes mentales. Il faut habituer l'enfant à considérer l'effort comme le but normal de l'existence heureuse et lui apprendre à être actif de corps et d'esprit, lui enseigner à jouer. Un enfant qui s'ennuie dans les jupes de sa mère est un enfant qui n'est pas élevé.

Une éducation bien comprise, intelligemment dirigée dès les premières années, inculque à l'enfant une appétence marquée, volontaire pour une ou plusieurs occupations et constitue la meilleure prévention de l'ennui.

ROBERT CLÉMENT.

P. Nobécourt. ***Les fractures spontanées des nourrissons*** (*Le Concours médical*, tome LII, n° 16, 20 Avril 1930). — A propos de 3 observations de fractures non traumatiques ou provoquées par des traumatismes insignifiants, survenues pendant la première enfance, avant 2 ans 1/2, N. consacre une leçon aux problèmes que posent ces fractures.

Suivant les cas, on peut incriminer, au point de vue étiologique, la syphilis osseuse congénitale, le rachitisme ou la fragilité osseuse idiopathique, ostéopsathyrose ou maladie de Lobstein.

La fracture par ostéo-chondrite syphilitique ne s'observe que chez les nouveau-nés et les nourrissons jusqu'à 4 mois; c'est une fracture incomplète, le périoste s'altère peu ou s'hyperplasie et assure ainsi la continuité des fragments. Le premier et le deuxième stade de l'affection n'ont pas de signes


TRICALCINE
PERRAUDIN
TRICALCINE
PERRAUDIN
RECALCIFICATION

cliniques sauf, quelquefois, des cris au moindre contact; le troisième stade correspond à la pseudo-paralysie syphilitique de Parrot.

Pendant la première année, la forme la plus habituelle de la syphilis osseuse est la périostite ossifiante qui n'est pas une cause de fracture.

Péhu et Mme Enselme ont décrit une forme ostéoclasiante ou destructive de la syphilis osseuse qui peut entraîner des fractures.

Le rachitisme, dans ses formes graves, prédispose aux fractures traumatiques; quelquefois, la fracture se produit sous l'influence d'un traumatisme insignifiant ou spontanément. Ce sont des fractures sous-périostées, sans déplacement, qui se révèlent par une impotence due à la douleur, sans mobilité anormale ni crépitation osseuse. La consolidation est lente; il se forme un gros cal fusiforme sous-périosté.

La maladie de Lobstein se révèle uniquement par des fractures; la première se produit quelquefois au cours de la première année, à 5 ou 8 mois, plus souvent pendant la deuxième ou la troisième année. Les fractures paraissent spontanées; elles sont multiples, peuvent atteindre tous les os. Elles sont sous-périostées sans déplacement, presque sans déformation du membre; on constate seulement une douleur localisée à la pression, un peu de tuméfaction, un peu de mobilité anormale. Le crâne est souvent un peu gros et présente quelquefois un élargissement transversal par saillies des temporaux. La teinte bleutée des sclérotiques est banale; la surdité fait défaut pendant la première enfance. On ne découvre aucun facteur étiologique précis.

ROBERT CLÉMENT.

LA SEMAINE DES HOPITAUX DE PARIS

A. Sézary et A. Duruy. ***Le traitement des collections purulentes par la protéinothérapie locale*** (*La Semaine des Hôpitaux de Paris*, tome VI, nº 5, 15 Mars 1930). — S. et D. apportent le résultat de leur expérience du traitement des collections purulentes à évolution aiguë ou subaiguë par des injections de peptone de Witt à 10 pour 100 dans les collections fermées et l'instillation d'une crème peptonée à 10 pour 100 dans les cavités suppurantes.

Ils ont ainsi traité 65 cas de bartholinites, bubons chancrelleux, hydrosadénites, abcès chauds divers et rapportent 6 observations caractéristiques.

La protéinothérapie locale est sans danger. Les réactions locales sont rares et inconstantes; quelquefois on observe une poussée inflammatoire après la première injection. Les réactions générales sont, dans la règle, nulles; s'il y a de la fièvre avant l'injection, elle tombe rapidement dès que le traitement est institué. Pourtant, chez 5 malades, on a observé quelques malaises passagers: céphalée subite, pâleur de la face avec injection des conjonctives, impression de gonflement laryngé.

Les résultats ne sont pas constants: S. et D. ont enregistré 7 insuccès sur 63 cas et, dans une autre série, 5 sur 10.

Dans les bubons chancrelleux et dans les bartholinites, on a des succès frappants ou des échecs; les résultats sont au contraire toujours satisfaisants dans les abcès chauds de types divers et les hydrosadénites ou abcès tubéreux. La guérison est en général rapide: 5 à 10 jours pour les bartholinites, 10 à 20 jours pour les bubons chancrelleux, 8 à 15 jours pour les abcès chauds. On évite l'intervention sanglante sauf pour les bubons et les résultats sont esthétiques.

La protéinothérapie locale semble agir comme un choc protéique à manifestation surtout locale et n'être qu'un cas particulier de la méthode de Nolf.

ROBERT CLÉMENT.

LE PROGRÈS MÉDICAL (Paris)

J. Lafont. ***Les tendances actuelles de l'aurothérapie en tuberculose pulmonaire*** (*Le Progrès médical*, nº 14, 5 Avril 1930). — Si la thérapeutique par l'or remonte au XVIe siècle, avec Paracelse, elle n'a pris que tout récemment son importance dans la tuberculose pulmonaire.

Les tendances actuelles de cette thérapeutique sont parfois divergentes. Les réactions et les accidents observés avec la sanocrysine ont poussé les auteurs à diminuer les doses, mais celles-ci sont encore très variables, les doses de Molgaard et des Stéphani sont dans le rapport de 20.000 à 1. Il semble qu'on ait abandonné les doses élevées; les doses faibles sont à l'ordre du jour avec une double tendance: d'un côté, la réaction et le retour aux doses moyennes; de l'autre, la surenchère et l'adoption de doses infinitésimales.

L'argument décisif qui a entraîné l'abaissement des doses est la nécessité d'éviter à tout prix les réactions d'un organisme fragile et prompt à répondre à la moindre sollicitation thérapeutique. Mais il faut s'entendre sur le terme de « réaction ». La réaction focale, qui a passé pour nécessaire, est considérée maintenant comme inutile, sinon comme dangereuse. La réaction thermique, presque inévitable, est jugée inoffensive. Entre ces deux réactions il n'existe qu'une différence de degré: la dose maxima qui provoque une réaction thermique est voisine de la dose minima qui provoque une réaction focale.

La durée du traitement est, dans une certaine mesure, fonction de la posologie; la diminution des doses aboutit à la prolongation de la cure.

La question des indications est très embrouillée. On peut cependant s'accorder sur deux points: l'abaissement de doses diminue le nombre des contre-indications; les cas de tuberculose au début, à marche lente et à bon état général, sont les plus favorables.

Il faut exclure les produits toxiques: le krysolgan, le triphal et la sanocrysine seront vraisemblablement éliminés par l'aurophos, le lopion et la néosanocrysine.

La diffusion et le succès de la thérapeutique par l'or dépend, d'une part, de la réduction des doses, et, d'autre part, de la précocité du diagnostic.

ROBERT CLÉMENT.

A. Desaux. ***Conception de la réaction cutanée*** (*Le Progrès médical*, nº 23, 7 Juin 1930). — A une excitation venue de l'extérieur ou de l'intérieur la cellule cutanée est normalement sensible et réagit; elle répond aux excitations par une variation du pH qui met en train tout l'appareil physico-chimique protoplasmique.

Des réactions chimiques métaboliques se produisent grâce auxquelles l'énergie potentielle des corps métabolisables est transformée en énergie utilisable et utilisée par la cellule au cours de ses actes synthétiques.

D'après une loi générale, quelle que soit la nature de l'excitation, une cellule de nature déterminée ne réagit que d'une seule façon, toujours la même. Toutes les excitations de la cellule épidermique semblent provoquer sa division, la croissance (suivie de la dégénérescence graisseuse et cornée), la pigmentogenèse: *construction de matière vivante pigmentée* qui subira ultérieurement la dégénérescence graisseuse et cornée, l'épiderme se couvrant d'une couche dure, résistant aux contacts, imperméable aux liquides et tamisant les rayons lumineux.

L'activité de la cellule accroît son acidité intérieure. Pour maintenir constant son pH intérieur (constante biochimique cellulaire), la cellule évacue son acide le plus mobile, l'acide carbonique (P. Reiss) et des déchets dont la très grande majorité sont acides.

Ces déchets empruntent la voie plasmatique, fusent rapidement à travers le colloïde intercellulaire interstitiel, arrivent au contact des capillaires et des terminaisons nerveuses sensitives.

Il y a diminution du tonus de l'endothélium capillaire, vaso-dilatation de l'anse capillaire et, par réflexe antidromique, artériolo-dilatation (ces dilatations vasculaires se développent sous le contrôle des influences sympathiques et endocriniennes gardiennes du tonus); en même temps, l'équilibre ionique et électrolytique s'étant rompu au contact de la membrane endothéliale capillaire, celle-ci devient perméable.

En conséquence, augmentation du débit, de la vitesse et de la pression du sang dans l'anse capillaire, passage à travers l'endothélium capillaire, devenu perméable, de l'eau, de cristalloïdes, d'un peu de la réserve d'alcali sanguine, de corps métabolisables, etc...; en définitive, neutralisation et enlèvement des produits cellulaires contre lesquels s'échangent des substances nutritives d'origine sanguine; celles-ci suivent à leur tour la voie plasmatique, diffusent jusqu'aux cellules.

Les réactions chimiques métaboliques peuvent prendre fin dans la cellule si les déchets s'accumulent dans le milieu intercellulaire; elles reprennent dès que les déchets sont évacués, si l'excitation continue.

Les phénomènes de la pigmentogenèse se développent dans les cellules qui jalonnent la voie cellulaire. L'excitation qui déclenche la réaction pigmentogénétique détermine probablement une augmentation du transit intra- et intercellulaire.

Pour être normale, c'est-à-dire *silencieuse, invisible, cliniquement inappréciable*, la réaction cutanée doit, semble-t-il:

1º Succéder à une excitation d'intensité faible;

2º Etre le fait d'une cellule dont la réactivité (ou excitabilité, ou irritabilité) est normale et qui possède ses constantes biochimiques;

3º Se développer à travers un système d'échanges fonctionnant normalement et régulièrement.

Dans la vie des cellules et dans le jeu de la réaction cutanée s'opposent, selon toute vraisemblance:

1º L'action du vague, exaltant les échanges cellulaires, et près duquel on peut ranger les hormones activatrices du métabolisme, la thyroxine, une sécrétion de la préhypophyse (peut-être une sécrétion ovarienne);

2º L'action du sympathique local, modérant ou réduisant les échanges cellulaires et près duquel on peut grouper les sécrétions endocriniennes vasoconstrictives ou sympathicotonisantes, l'extrait de lobe postérieur de l'hypophyse, l'adrénaline (peut-être une sécrétion thyroïdienne et une sécrétion ovarienne).

Dans la vie normale des cellules, dans le jeu normal de la réaction cutanée, ces deux groupes s'équilibrent.

LA BOURGOGNE MÉDICALE (Dijon)

Leclerc. ***Rupture duodénale traumatique*** (*La Bourgogne médicale*, tome XXXIV, nº 3, Mars 1930). — Un homme de 28 ans est serré entre le timon d'une voiture et un mur: le timon a pressé au niveau de la région lombaire droite, appliquant fortement le blessé face antérieure contre la paroi du mur.

L'homme est transporté de suite à l'hôpital. Il est en état de choc marqué; il a eu des vomissements bilieux à plusieurs reprises. On note un hématome assez volumineux et fluctuant de la région lombaire au niveau de la région vertébrale droite. En avant, on constate qu'il existe une réaction de défense généralisée à tout l'abdomen; le blessé souffre d'ailleurs partout au palper; pas de localisation particulière de la douleur. Pas de troubles urinaires, d'hématuries.

Après avoir laissé au blessé le temps de surmonter l'état de choc, on l'opère 5 h. 1/2 après l'accident. Incision transversale droite. Dès l'ouverture du péritoine, il s'écoule en abondance du liquide bilieux verdâtre et muqueux, que l'on est obligé d'aspirer. Il n'y a pas de sang. En explorant la région biliaire, on tombe sur la première portion du duodénum où se trouve une perforation unique de 2 cm. de long et perpendiculaire à l'axe de conduit intestinal. Issue abondante de liquide biliaire. Suture au fil de lin en 3 plans, un musculeux et deux séreux, avec application d'une frange de l'épiploon gastro-hépatique. On ne trouve aucune autre lésion ni de la vésicule, ni du foie, ni de l'intestin. On suture la paroi en laissant un drain dans le sinus colo-pariétal. Drainage souspubien du Douglas. Murphy.

Les suites opératoires sont assez agitées; le malade vomit, continue à faire de la température; l'auscultation montre l'existence de phénomènes pulmonaires. On note, pendant plusieurs jours, l'issue de liquide purulent par les drains. Enfin, peu à peu, les troubles pulmonaires s'amendent, l'alimentation peut être prudemment reprise, et, au bout de 15 jours environ, le malade peut être considéré comme hors d'affaire.

Les ruptures traumatiques duodénales sont relativement rares. En 1910, Guibé en réunissait 134, dont 62 seulement furent opérées. La perforation, restée introuvahle 24 fois, fut traitée 28 fois avec 6 succès seulement. Le pronostic de l'affection est donc, semble-t-il, des plus graves et la mortalité fréquente. Plus fréquemment qu'on le croirait, la rupture est totsle, créant une solution de continuité : 40 pour 100 des cas environ. Le plus souvent, 2 fois sur 3, c'est la face antérieure qui est lésée. Le siège de la lésion est variahle. Sur 16 cas collationnés par Jeannel, on le trouve : 2 fois sur la 1re portion; 7 fois sur la 2e ; 6 fois sur la 3e ; 1 fois sur la 4e.

Il est très difficile, devant un traumatisme de l'abdomen, de poser un diagnostic certain de lésion de l'intestin, et, à plus forte raison, de localiser cette lésion sur le duodénum : le plus souvent, on se bornera à admettre l'existence d'une lésion viscérale, sans pouvoir être plus précis, en se basant surtout snr la violence du traumatisme, la douleur, la défense rapidement généralisée à tout l'abdomen. C'est au moment de l'intervention seulement que l'on pourra préeiser quel est l'organe lésé.

Une fois la rupture du duodénum trouvée, il faudra :

Si elle est intra-péritonéale, faire, après excision de ses bords, une suture à 2 ou 3 plans, perpendiculaires au conduit, pour ne pas avoir de rétrécissement ultérieur; on drainera localement et on pourra ajouter un drainage sus-pubien si la réaction péritonéale est avancée;

Si elle est rétro-péritonéale, il semble, avec Jeannel, que le mieux serait de l'aborder en faisant une incision du péritoine postérieur en dehors du côlon ascendant, puis en décollant et en réclinant l'angle colique, le mésocôlon transverse et le duodénum. Une fois trouvée, la rupture serait suturée et on terminerait par un drainage de la fosse lombaire.

J. Dumont.

MAROC MÉDICAL

P. Remlinger et H. Charrier. *Le vent d'Est du détroit de Gibraltar et son action sur l'organisme* (*Maroc Médical*, n° 93, 15 Mars 1930). — Les troubles déterminés à Tanger par le veut d'Est ne eonstituent nullement une rareté pathologique; ils sont d'observation eourante, journalière. Ils consistent, dans les cas les plus habituels, en agitation, insomnies, irritabilité du earactère, pouvant aller jusqu'à l'agressivité et à l'emportement. A cet état nerveux s'sjoutent une sensation d'oppression générale ou thoracique, une angoisse mal définie ou nettement précordiale, des palpitations, une céphalée migraineuse, quelques vertiges légers et surtout une diminution de mémoire et d'aptitude intellectuelle eontrastant avee un vif besoin d'agitation physique et de mouvement.

Ces troubles préeèdent constamment, de 12 heures, de 24 heures et parfois d'un peu plus, l'apparition du vent à tel point que les personnes sensibles, et aussi celles qui vivent dans leur entourage immédiat annoncent sans se tromper jamais l'arrivée du vent d'Est. Les signes persistent aussi longtemps que le vent et, eomme lui, prennent fin brusquement. Une véritable euphorie succède à l'état pénible, le patient se sent heureux de vivre et est empreint de bienveillance et d'indulgence.

Les accidents du vent d'Est sont plus fréquents chez la femme et ehez les immigrés. Les nouveaux arrivés ne semblent pas sensibles au vent d'Est; eertains conservent toujours cette immunité; chez d'autres, la sensibilité augmente d'année en année. Beaucoup de personnes supportent le vent d'Est l'hiver et ne s'en plaignent que l'été.

A Tanger, la sensibilité au vent d'Est se traduit chez les nourrissons et les tout jeunes enfants par de l'agitstion, de l'insomnie, dcs cris et de la mauvaise humeur. Chez l'homme, les manifestations du vent d'Est s'atténuent grandement pendsnt l'adolescence pour reparaître parfois à l'âge adulte et disparaître définitivement quand s'établit la vieillessc.

Les sujets présentant des manifestations de sympathicotonie sont parmi les plus sensibles au vent d'Est. Au contraire, ccux dont le déséquilibre est à prédominance vagotonique voient leurs troubles s'exagérer par le vent d'Ouest.

Le vent d'Est ne parait pas avoir une action bien nette sur le déclanchement des crises d'asthmc; par contre, son action sur la tuberculose est msnifcste : poussées congestives, fébriles et hémoptoïqucs sont allumées ou exacerbées par le vcnt d'Est.

Les tares nerveuses ou mentales sont réveillées par le « levante » au même titre que les tares pulmonaires. Les doulcurs notamment sont ravivées et les paralytiques généraux et les démcnts séniles ont des périodes d'agitation.

Le vent d'Est a une vitessc, en général, voisine de 4 m. à la seconde; ce qui le caractérise, c'est l'amplitude des variations journalières et du degré hygrométrique, la fréquence et la rapidité de ces variations. Il n'y a pas de dépression barométrique importante ou tout au moins elles sont moindres que par vent d'Ouest.

R. et C. formulent l'hypothèse du rôle joué par « des variations dans les propriétés éleetriques de l'atmosphère ». Le ehamp électrique qui existe autour de la terre présente des variations accidentelles intenses dans lesquelles les facteurs météorologiques, particulièrement le vent, jouent un rôle important. C'est dans la période qui précède l'apparition du vent d'Est que se manifestent ces troubles pathologiques ; or, dans cette période, des sondages révèlent déjà des courants d'Est, dès qu'on s'éléve un peu dans l'atmosphère. Ce serait là un faeteur capable de modifier sensiblement l'état d'ionisation de l'atmosphère, que R. et C. supposent jouer un rôle dans la pathogénie des accidents observés.

Robert Clément.

DEUTSCHES ARCHIV für KLINISCHE MEDIZIN

R. Schoen. *Télangiectasie familiale avec épistaxis habituelle* (*télangiectasie héréditaire hémorragique de Osler*) (*Deutsches Archiv für klinische Medizin*, tome CLXVI, nos 3 et 4, Février 1930). — S. a réuni l'observation d'un frére et d'une sœur. Le frère, homme de 56 ans, présente nne anémie secondaire grave par épistaxis habituelle. Les signes de régénération sont modérés. Il existe des télangiectasies étendues du visage, assez symétriquement disposées sur les joues, sur les paupiéres, aux oreilles, sur les lèvres, le menton et le dos du nez. Les jambes présentent des varices. Il existe également des télangiectasies sur la cloison nasale qui sont cautérisées avee de l'aeide chromique et au galvano-cautère, avec un résultat assez satisfaisant.

La sœur, âgée de 54 ans, présente également de l'épistaxis habituelle et une anémie secondaire gravc ainsi que des télangiectasies du visage, des lèvres et de la cloison nasale, et des varices des jambes. Les eautérisations de la muqueuse nasale ont été sans grand effet.

On peut ohtenir des renseignements sur 4 générations de la famille à laquelle appartiennent ces deux malades. Sur 11 membres, 7 ont eu des épistaxis fréquentes, depuis l'enfance, et sont devenus ultérieurement anémiques. Des télangiectasies du visage existaient également dans la plupart de ces cas. Il s'agit évidemment d'une maladie héréditaire à caractère simplement dominant, ce qui est, d'ailleurs, le cas ordinaire pour la maladie de Osler.

Dans eette maladie, les télangiectasies sont de taille variable et plus fréquentes sur les joues et sur le nez. L'épistaxis est le phénomène clinique le plus important.

Les hémorragies nasales survicnncnt presque spontanément et l'anémie qui en résulte a tous les caractères d'une anémie secondaire. Il est rare, cependant, quc cette maladie entraîne la mort. On a observé des hémorragies dues à des hémangiomes du tube gastro-intcstinal, des hémoptysies dues à des ruptures vasculsires du pharynx et du larynx, des hématuries congénitales et héréditaires qu'on a pu qualifier d'épistaxis rénales. Dans ce dernier cas, la mortalité a été élevée.

On observe également des varices et des hémorroïdes. Curtius fait rentrer dans ce groupe également les hernies et considère qu'il s'agit d'une insuffisance du mésenchyme. Le caractère dominant de cette maladie permet de la distinguer d'une façon nette de l'hémophilie qui est récessive.

P.-E. Morhardt.

MÜNCHENER MEDIZINISCHE WOCHENSCHRIFT (Munich)

W. Bröcker et W. Kempmann. *Détermination du métabolisme basal des hypertendus* (*Münchener medizinische Wochenschrift*, tome LXXVII, n° 1, 3 Janvier 1930). — Les résultats des recherches sur le métabolisme basal des sujets hypertendus sont assez contradictoires. La divergence des résultats a été attribuée à des variations, fonction du système vaso-moteur, du cœur ou des vaisseaux lésés de façon différente chez ces maladcs.

Il y a donc intérêt à vérifier sur un grand nombre de sujets comparables les modifications que subit le métabolisme basal au cours de l'hypertension.

B. et K. ont surtout choisi des hypertendus scléreux avec néphrite interstitielle et des hypertendus essentiels.

Ces sujets étaient examinés à jeun, après trois jours de régime pauvre cn albumine. Plusieurs examens de contrôle étaient pratiqués les jours suivants (chaque fois après que le malade fut resté deux heures au repos), jusqu'à ce que les résultats obtenus fussent devenus sensiblement constants.

Dans tous les cas de néphrite hypertensive, les oxydations sont notablement augmentées, sans cependant qu'on puisse constater un parallélisme quelconque entre l'augmentation des échanges et le degré de l'hypertension. De même, nul rapport n'est décelable entre l'élévation du métabolisme basal et la gravité de l'affection, les troubles du fonctionnement rénal. Cette recherche ne peut donc en aucune façon constituer un élément de pronostic.

Les néphrites chroniques, les hypertensions consécutives aux néphrites aiguës ne s'accompagnent pas d'augmentation du métabolisme basal.

Les quelques cas d'hypertension essentielle ont fourni des résultats variables.

L'absence de parallélisme entre métabolisme basal et sffection rénale, vasculaire ou cardiaque fait penser que les modifications des échanges observées sont vraisemblablement en rapport avec une influence, soit du système nerveux végétatif, soit d'une hormone susceptible d'agir dans certains cas simultanément sur la pression vasculaire et le métabolisme basal.

G. Dreyfus-Sée.

F. Lebermann. *Le diagnostic différentiel de la congestion passive rénale* (*Münchener medizinische Wochenschrift*, tome LXXVII, n° 12, 21 Mars 1930). — La eongestion passive du rein, telle qu'on l'observe au cours de la décompensation cardiaque, peut simuler fonctionnellement une glomérulo-néphrite aiguë diffuse, de telle sorte que le diagnostic différentiel sera parfois difficile.

L. insiste sur un eertain nombre de symptômes qui lui paraissent de nature à permettre plus aisément cette différenciation :

1° La conservation du pouvoir de eoncentration de l'urée dans la congestion rénale alors que ce pouvoir est diminué dans les processus rénaux primitifs;


Traitement de
l'OBÉSITÉ
considérée comme Maladie
par carence diastasique
par les dragées
de
COLLOÏDINE LALEUF
LITTÉRATURE _ ÉCHANTILLONS
LABORATOIRES LALEUF
20 Rue du Laos — Paris

2° La conservation d'une élimination normale des alcalins après administration buccale de bicarbonate de soude par exemple, dans la stase rénale, alors que, sauf pour les enfants, cette élimination est troublée chez les néphritiques ;

3° Alors que les épreuves de diurèse provoquée par absorption abondante d'eau donnent des résultats sensiblement analogues dans les deux types d'affection, on constate une action efficace de l'administration de diurétique lors de la congestion rénale, tandis que le rein lésé réagit mal ;

4° L'épreuve de Kauffmann (décubitus avec position élevée des membres inférieurs) détermine une diurèse plus abondante si la rétention aqueuse est d'origine cardiaque que si l'obstacle est rénal ;

5° L'épreuve de diurèse fractionnée rend plus apparents les troubles dus aux rétentions par stases que lorsqu'il s'agit de néphrites ;

6° Enfin et surtout on constate une étroite dépendance des troubles fonctionnels rénaux et de l'état de la circulation, et le traitement toni-cardiaque amenant la recompensation cardio-vasculaire détermine corrélativement une régression rapide des symptômes de stase rénale.

G. Dreyfus-Sée.

A. Kimmerle. ***La pratique du traitement de l'obésité*** (*Münchener medizinische Wochenschrift*, tome LXXVII, n° 12, 21 Mars 1930). — Les plus anciens auteurs connaissaient déjà les inconvénients et les dangers de l'obésité qui, trop longtemps négligée, n'est guère soignée par les malades que lorsqu'elle constitue une gêne permanente. Les complications viscérales sont souvent déjà constituées lorsque le médecin est consulté et la thérapeutique en est rendue plus complexe.

Le groupe le plus important des obésités dues à une mauvaise hygiène de vie et d'alimentation relève, suivant les auteurs, soit du traitement diététique simple, soit des médicaments multiples recommandés contre les lipodystrophies.

K. a obtenu dans de nombreux cas des résultats parfaits, sans aucun incident, par la cure lactée de Karill.

Le régime lacté absolu avec 800 gr. de lait par vingt-quatre heures en 4 prises, et repos au lit, est parfaitement toléré. La sensation de faim n'est que transitoire, la soif peu intense. Une diurèse notable élimine des réserves toujours excessives en eau. Ce régime, hypochloruré, suffisamment nutritif, doit être continué quatre jours, parfois davantage, sous surveillance stricte du malade maintenu au lit de façon absolue. En particulier, on examinera quotidiennement cœur, pouls et pression artérielle. Dans ces conditions, en interrompant ou modérant la diète en cas de besoin, on évitera tout incident sérieux.

Les jours suivants, le régime sera progressivement changé et on autorisera le malade à se lever quelques minutes.

Parfois une deuxième cure de quatre jours peut être nécessaire après reprise partielle de l'alimentation pendant plusieurs jours, pour les gros obèses qui ne supporteraient pas huit jours de cure consécutifs.

K. n'admet pas les objections faites à ce régime qui lui a donné, dans une série d'observations qu'il rapporte, des résultats parfaits.

G. Dreyfus-Sée.

ARCHIVIO ITALIANO DI CHIRURGIA
(Bologne)

L. Caporale. ***La sympathectomie péri-urétérale*** (*Archivio italiano di Chirurgia*, tome XXV, n° 5, Février 1930). — L'auteur a pratiqué chez le chien la sympathectomie par décortication unilatérale et parfois bilatérale des uretères sur une longueur de 1 cm. à une distance variable de leur abouchement dans la vessie. Il a ensuite procédé, chez ces animaux, à des examens radiologiques et à des analyses du sang et de l'urine et enfin à l'autopsie.

La sympathectomie unilatérale provoque une augmentation immédiate du nombre et de l'intensité des contractions pyélo-urétérales et une anurie réflexe passagère. Mais le bassinet et l'uretère restent définitivement troublés dans leur fonctionnement : l'examen aux rayons X, après injection d'iodure de lithium, montre que les contractions normales du bassinet et de l'uretère s'arrêtent dans la région correspondant à celle qui a été décortiquée, de telle sorte que l'écoulement se fait mal et une stagnation véritable ne tarde pas à produire une urétéro-hydronéphrose en même temps que les parois de l'uretère s'épaississent surtout par hypertrophie musculaire, sauf dans la région sympathectomiée où l'on observe surtout de la sclérose. Des lésions du rein se développent concurremment en témoignant d'une hyperplasie du stroma et d'une disparition progressive de la substance sécrétante. Dès l'intervention, on observe, d'ailleurs, une augmentation des produits de désintégration dans le sang parce que le rein normal n'arrive pas d'emblée à suppléer le rein du côté où a eu lieu l'intervention.

La sympathectomie bilatérale en deux temps, à quelques jours l'un de l'autre, provoque des troubles encore plus graves, mais semblables à ceux qui s'observent après la sympathectomie unilatérale.

Dans aucune de ces expériences, C. insiste sur ce point, il n'a été observé de nécrose de l'uretère sympathectomié.

L'auteur conclut de ces recherches que, dans les interventions sur l'uretère ou sur l'appareil génital chez la femme, on doit prendre des précautions toutes spéciales pour ne pas provoquer de troubles du genre de ceux qui ont été observés expérimentalement et que la sympathectomie péri-urétérale ne saurait être conseillée en cas d'algies rebelles d'origine vésicale.

P.-E. Morhardt.

ACTA CHIRURGICA SCANDINAVICA
(Stockholm)

J. Adam-Ray (Gothenburg). ***L'importance de la réaction de sédimentation pour le diagnostic du cancer et de son opérabilité*** (*Acta chirurgica scandinavica*, tome LXVI, fasc. 2,-3, 30 Mai 1930). — L'auteur a examiné la vitesse de sédimentation (V S.) (mensuration après une heure selon Westergren) dans 124 cas de carcinome.

16,1 pour 100 des cas montraient une V. S. inférieure à 7 mm. chez les hommes et à 11 mm. chez les femmes (chiffres normaux ou à la limite de la normale) ; parmi eux 7 avaient des métastases viscérales. 11,1 pour 100 avaient des chiffres seulement légèrement « pathologiques » (8-11 mm. chez les hommes et 12-15 mm. chez les femmes), tandis que le reste (72,6 pour 100) présentait une réaction moyenne, forte ou très forte (respectivement 37,1 ; 30,7 et 4,8 pour 100).

L'auteur résume comme suit la valeur de la V. S. pour le diagnostic :

1° Les chiffres normaux, les chiffres « à la limite » ou les chiffres légèrement « pathologiques » ne permettent pas d'exclure le cancer. Cela est surtout le cas des tumeurs du sein.

2° Les chiffres moyens, forts et très forts doivent faire soupçonner le cancer, et le soupçon croît à mesure que la V. S. grandit.

Parmi les cas à métastases viscérales, il n'y en avait pas moins de 25,7 pour 100 qui appartenaient au groupe des chiffres « normaux, à la limite, ou légèrement pathologiques ». 53,3 pour 100 des cas opérables donnaient des V. S. moyennes ou fortes. 84,4 pour 100 des cas inopérables et des cas à métastases viscérales présentaient des chiffres moyens, forts ou même très forts, ces derniers ne concernant cependant que des cas inopérables (15,8 pour 100 du groupe inopérable).

Parmi les cancers de l'estomac on trouva 9 cas à Weber négatif et à V. S. au-dessous de 25 mm. (c'est la limite d'opérabilité établie par Nilsson quand le Weber est négatif) ; mais de cette série 4 seulement étaient opérables, tandis que 2 étaient techniquement inopérables et 3 avaient des métastases viscérales.

C'est pourquoi l'auteur estime que la V. S. ne donne aucun élément certain permettant de juger de l'opérabilité, excepté là où elle est très élevée, auquel cas elle parle en faveur d'une tumeur inopérable.

BRATISLAVSKÉ LEKARSKÉ LISTY
(Bratislava)

M. Mikula (Bratislava). ***De l'anesthésie chez les enfants*** (*Bratislavské Lekarské Listy*, tome X, n° 5, Mai 1930). — Des modifications de l'équilibre acido-basique provoquées dans le sang par les anesthésiques chez les enfants, M. essaie de déduire quels sont les anesthésiques les plus indiqués en pédiatrie. Il a recherché, à cet effet, l'équilibre acido-basique avant et après les différentes anesthésies chez 157 enfants. Les résultats sont exposés en tableaux.

L'abaissement de la réserve alcaline et de p_H est le plus grand dans l'anesthésie au chloroforme et à l'éther ; beaucoup moindre dans l'anesthésie par inhalation de chlorure d'éthyle et de solesthine, dans l'anesthésie rectale par l'avertine et l'hédonal, il est le plus faible dans l'anesthésie au protoxyde d'azote et dans l'anesthésie locale. La pression sanguine, observée chez un grand nombre de sujets, présente aussi le plus grand abaissement après emploi du chloroforme et de l'éther. L'acétone, recherchée dans l'urine quantitativement et qualitativement, s'y trouvait le plus fréquemment et en plus grande quantité à la suite des anesthésies au chloroforme et à l'éther, beaucoup moins à la suite des autres procédés. Le sucre du sang montait considérablement après le chloroforme, moins après l'éther, de 1/2 pour 1.000 seulement après le protoxyde d'azote, absolument pas après l'anesthésie locale à la percaïne.

M. n'a recours à l'anesthésie locale que chez des enfants assez grands et pour certaines opérations, telles que résection de côtes, strumectomie, etc. Pour les interventions de petite chirurgie, en dehors des inhalations de chlorure d'éthyle, il recommande les inhalations de solesthine, éventuellement même prolongées dans le cas d'interventions plus importantes. Il n'use absolument pas du chloroforme, non plus que de ses mélanges.

L'éther est très avantageusement dosé chez les enfants au moyen du masque d'Ombrédanne. Dans plus de 1.600 anesthésies ainsi pratiquées, il ne s'est pas produit une seule asphyxie, grâce à l'administration uniforme de l'éther et à l'inhalation répétée de l'acide carbonique contenu dans le sac de l'appareil.

Le protoxyde d'azote convient surtout chez des enfants affaiblis, infectés, avec lésions inflammatoires des voies respiratoires. M. a eu, dans 50 cas, des résultats encourageants.

Il réserve l'anesthésie rectale par l'hédonal pour des enfants de 1 à 2 ans. A vrai dire superficielle, elle peut être, au besoin, associée à l'administration d'un narcotique inhalé ou combinée avec l'anesthésie locale.

L'anesthésie rectale par l'avertine (E 107) est un grand bienfait pour les enfants, car elle supprime la peur habituelle au commencement des procédés par inhalations. Sur 261 cas, il a été obtenu dans 72 pour 100 (190) une anesthésie suffisante pour permettre l'opération ; on a eu recours, en outre, au chlorure d'éthyle ou à la solesthine dans 55 cas, à l'éther dans 4. Chez 16 enfants, l'échec fut surtout causé par l'expulsion prématurée du liquide. Il n'a été observé aucun cas de mort attribuable à cet anesthésique, 2 fois seulement un collapsus léger. La dose était réduite à 0,1 gr. d'une solution de 2 1/2 pour 100 par kilogramme de poids du corps, ce qui explique l'extrême rareté des accidents.

Particulièrement recommandable est l'anesthésie de base à l'avertine (0,5 gr. par kilogramme de poids du corps) avec adjonction de protoxyde d'azote réversible. Elle libère les enfants de la peur de l'intervention, ne saurait mettre les sujets en danger, vu la faible dose employée, réduit notablement l'usage du gaz hilarant et cause un sommeil suffisamment profond.

POLSKI PRZEGLAD CHIRURGICZNY

Z. Dziembowski. ***Résultats de la résection du nerf présacré*** (*Polski Przeglad Chirurgiczny*, tome VIII, fasc. 4, 1929. — La résection du nerf présacré est une intervention intéressante, bien que son efficacité ne puisse pas être évaluée de façon suffisamment précise, en raison du nombre relativement restreint des cas où elle a été exécutée.

Les indications opératoires sont de deux ordres, elles visent la suppression de la douleur : 1° sans lésion anatomique apparente ; 2° dans les cas d'existence de lésions anatomiques plus ou moins étendues de la cavité abdominale et surtout du petit bassin.

D. opère suivant une technique qui se rapproche beaucoup de celle de Cotte. Il a constaté son efficacité réelle dans la dysménorrhée douloureuse. Cet effet heureux est à souligner particulièrement dans le syndrome douloureux sans lésions anatomiques. Dans un cas d'hyperexcitabilité génitale et dans un autre de vaginisme très prononcé, les avantages obtenus ont été manifestes, mais incomplets. L'intervention a été sans résultat dans les réactions inflammatoires ovariennes. Par contre, pratiquée à deux reprises, uniquement dans le but de soulager les douleurs intolérables dues à la généralisation de tumeurs malignes inopérables, elle a été suivie de résultats très heureux.

La résection du nerf présacré est une intervention ne présentant pas de sérieuses difficultés techniques et sans risques opératoires tels que des complications sphinctériennes ou les altérations fonctionnelles du côté des organes génitaux.

FRIBOURG-BLANC.

POLSKA GAZETA LEKARSKA

(*Varsovie*)

E. Brzezicki. ***La dystonie ou spasme de torsion*** (*Polska Gazeta Lekarska*, tome VIII, n° 47. 23 Novembre 1929 et n° 48 du 1er Décembre 1929). — A la suite d'une étude minutieuse de plusieurs cas de dystonie, dont un fut examiné anatomiquement, B. arrive aux conclusions suivantes :

Toutes les maladies du système extrapyramidal peuvent être groupées suivant le syndrome qui évolue avec des types divers d'hyperkinésie en : 1° hypertoniques ; 2° hypotoniques et 3° dystoniques.

La dystonie est un syndrome qui doit être envisagé largement, car nombreux sont les cas de lésions extrapyramidales où l'on retrouve des éléments isolés de dystonie.

La dystonie est constituée par l'ensemble des troubles moteurs caractérisés par le changement d'attitude (lordose ou cyphose) s'accentuant pendant la marche, ou par la plicature du corps, avec des hyperkinésies diverses, du tronc ou du cou. Le syndrome aboutit quelquefois à la dysbasie ou à l'astasie, soit par suite des troubles du tonus, soit à cause de la flaccidité des muscles de la ceinture iliaque.

Trois éléments entrent dans la constitution du syndrome dystonique : trouble de l'attitude, trouble du tonus plastique et troubles moteurs sous forme d'hyperkinésies athétosiques du tronc. Le terme de dystonie ne doit pas être identifié avec le spasme de torsion ou la dysbasie lordotique ou cyphotique qui ne sont que des ensembles symptomatiques faisant partie du grand syndrome dystonique.

La dystonie peut être : 1° globale, comme par exemple dans le spasme de torsion ou la dystonie décérébrée, la dysbasie lordotique, cyphoscoliotique ; 2° segmentaire, comme le syndrome hémiplégique, le torticolis, le tortipelvis.

La dystonie peut être subdivisée en trois groupes : 1° dystonie décérébrée avec hyperfonctionnement des centres du tonus et hyperkinésie ; 2° dystonie avec plicature, hypofonctionnement de l'appareil tonisant et hyperkinésies ; 3° dystonie avec variations du tonus, où l'on rencontre des troubles des réflexes de posture avec hyperkinésie (dysfonction).

Etiologiquement, la dystonie peut être essentielle ou symptomatique, comme cela a lieu souvent à la suite de l'encéphalite épidémique, des méningites, des hémorragies, ou au cours de l'évolution d'une tumeur cérébrale. Elle peut même apparaître au cours de l'hystérie.

La dystonie essentielle se rencontre le plus souvent chez des individus appartenant à la race sémite.

La multiplicité des manifestations de la dystonie est un argument sérieux s'opposant à l'idée d'isoler la dystonie en une maladie spéciale.

Elle peut être chronique ou transitoire comme cela a lieu souvent dans la dystonie symptomatique.

La dystonie essentielle ne doit pas être considérée comme un indice de dégénérescence héréditaire comme, par exemple, la chorée d'Huntington.

Anatomiquement, c'est une maladie systématique mais complexe, dans laquelle les lésions siègent dans l'élément ectodermique. Les lésions du tissu conjonctif sont inexistantes ou apparaissent secondairement.

D'où la conclusion que les agents provocateurs sont ectodermotropes et que les réactions aboutissant à la dystonie peuvent être désignées sous le terme d' « ectodermofénotypiques ».

FRIBOURG-BLANC.

St. Malczinski. ***De l'influence de l'irradiation unique à l'aide d'une lampe de quartz (système Hanau) sur le taux de cholestérine du sang des cancéreux*** (*Polska Gazeta Lekarska*, tome VIII, n° 51, 21 Décembre 1929). — Poursuivant ses recherches antérieures sur l'influence des rayons ultraviolets sur la cholestérine (*Polska Gazeta Lekarska*, tome VII, n° 48, 1928), M. étudie cette influence chez les malades atteints de cancer.

Les dosages sont faits avant et après l'unique irradiation à l'aide de la lampe de quartz (de système Hanau) sur une large surface, pendant 10 à 15 minutes. M. dose la cholestérine dans le sang total oxalaté par la méthode d'Autenrieth, chez des cancéreux inopérables pour la plupart. Dans tous les cas il se produit un abaissement considérable du taux de cholestérine variant de 25 à 40 pour 100.

L'auteur souligne le contraste constant qui existe entre les résultats des dosages faits dans ces conditions chez les cancéreux et chez d'autres malades ou chez des sujets sains. Chez les cancéreux, la cholestérine baisse, tandis qu'elle augmente dans l'autre catégorie de cas. Cette différence, déjà intéressante au point de vue biologique, n'est pas dépourvue d'intérêt pratique au point de vue diagnostique.

La raison de cette divergence appelle d'autres recherches en vue de l'attribuer soit à un état particulier du système réticulo-endothélial, soit à la façon différente de réagir des organes ayant un rôle dans les échanges cholestériniques.

FAIBOURG-BLANC.

SPITALUL

(*Bucarest*)

J. G. Petcu. ***Quelques cas de skénite*** (*Spitalul*, tome L, n° 4, Avril 1930). — Les glandes de Skene sont des glandes acineuses situées dans la cloison urétro-vaginale ; leur canal excréteur s'ouvre ordinairement d'un côté et de l'autre du méat urinaire.

Les skénites sont des complications fréquentes de l'urétrite gonococcique. Leur évolution est en général latente et sans douleur, même quand elles sont suppurées. Leur traitement consiste en cathétérisme avec dilatation du canal excréteur et lavage des glandes. En cas de suppuration collectée, incision et drainage. En cas de skénite récidivante, l'extirpation devient nécessaire.

VRATCHÉBNAIA GAZETA

(*Léningrade*)

S. V. Korschoun et A. A. Spirina. ***Essai d'immunisation simultanée contre la diphtérie et la scarlatine*** (*Vratchébnaïa Gazeta*, nos 2 et 3, 1930). — Les essais en vue d'immuniser, en même temps, contre la diphtérie et la scarlatine, grâce à l'injectic d'un mélange approprié, n'ont pas donné satisfa tion. En effet, l'on s'est aperçu que les deux ant gènes en question exerçaient une action défavor ble l'un sur l'autre. Or, d'après K. et S., si l'on ve aboutir à un bon résultat, il y a lieu de procéde pour les injections successives, à un dosage déte miné où il ne s'agit point toujours de quantit égales.

Pour la diphtérie, le mélange neutre, c'est-à-di la toxine plus l'anatoxine, entre en ligne de compt En ce qui concerne la scarlatine, l'on choisit la toxi streptococcique (6.000 doses cutanées par centimèt cube). Trois piqûres sont faites. Pour la premièr l'on se sert des deux parties de l'antigène diphtér tique et d'une de la toxine streptococcique; pour troisième, les proportions sont renversées, et, po la deuxième, les parties sont égales.

Les enfants de 1 à 3 ans reçoivent, pour la pr mière piqûre, 0 cmc 15, pour la deuxième, 0 cmc et, pour la troisième, 0 cmc 8. De 4 à 7 ans, le doses sont de 0 cmc 25, 0 cmc 6, 1 cmc ; enfin, partir de l'âge de 8 ans, ce sont 0 cmc 3, 0 cmc 8 1 cmc 5.

11.947 enfants ont été soumis à l'immunisatio simultanée. Sur ce nombre, 7.066 ont reçu toutes le injections nécessaires. Or, seulement dans 2 p. 10 des cas, une réaction importante a été observée. E général, seulement après la quatrième piqûre, lor qu'on administrait de la toxine streptococcique seul des phénomènes de réaction pouvaient être observé

Les statistiques comparatives de mortalité et d morbidité permettent d'envisager l'immunisatio simultanée avec beaucoup de confiance. On a l'im pression nette que l'on arrive généralement à pr venir les deux affections. Si, exceptionnellemen elles font leur apparition, leur cours prend un cara tère bénin.

G. ICHOK.

A. P. Samoïlov. ***L'emploi du chlore au cours d la grippe*** (*Vratchébnaïa Gazeta*, n° 2, 1930). — Le statistiques montrent que, dans les entreprises o l'on a affaire à un dégagement de chlore, les ouvrier et les employés ne sont que très rarement touché par les épidémies de grippe. De plus, les médecin constatent, dans ces milieux, que les affections inflam matoires de l'appareil respiratoire sont rares. O est tenté de penser que le chlore exerce, sur le muqueuses en question, une action favorable per mettant de résister à certains agents infectieux.

Les observations recueillies sur 930 malade atteints de grippe, de 1926 à 1929, plaident e faveur des inhalations de chlore, en tant que moye de traitement rapide et radical. Sur le total, 919 on donné des résultats tout à fait satisfaisants. Aprè une ou deux séances, les phénomènes de catarrh disparaissent. Ainsi, le malade se débarrasse-t-il trè vite de son rhume de cerveau, de sa conjonctivite de ses maux de tête, de ses douleurs dans les articu lations, etc. La température devient aussi normal et l'état général ne laisse rien à désirer.

La chambre d'inhalation, où 20 à 30 malades peu vent, en même temps, subir le traitement, contien du chlore dans la proportion de 0 milligr. 03 pa litre d'air. La durée de l'inhalation est de 60 minutes En général, une seule séance suffit, mais, quelque fois, il y a lieu de la répéter 3 ou 4 fois. D'une faço ou d'une autre, aucune complication n'est à redoute de cette méthode parfaitement anodine.

G. ICHOK.

N. I. Moroskine. ***Du traitement de la scarlatine au moyen de l'antitoxine injectée par ponction lombaire*** (*Vratchébnaïa Gazeta*, n° 3, 1930). — Depuis l'année 1928, à la suite d'une proposition du prof. Spéransky, les cliniciens russes se servent, dans certains cas, de la ponction lombaire pour administrer de l'antitoxine scarlatineuse. Une épidémie a permis à M. d'appliquer, chez 50 malades, la méthode, reconnue comme utile, mais point dans tous les cas sans exception.

La ponction lombaire doit être faite de telle façon que l'on enlève au malade 20 à 30 cmc du liquide céphalo-rachidien remplacé, ensuite, par 10 à 20 cmc

de l'antitoxine scarlatineuse. Celle-ci contient 3.000 unités dans 10 cmc. Bien entendu, le liquide à injecter sera chauffé pour atteindre 38°.

Dans les cas de moyenne gravité, les résultats sont satisfaisants, mais il n'en est point ainsi dans les formes graves de scarlatine. Et, puisque les injections intramusculaires produisent également un bon effet dans les formes relativement peu sérieuses, la ponction lombaire ne sera pas choisie avec préférence, surtout si l'on pense aux phénomènes de paralysie, la suite éventuelle de l'introduction de l'antitoxine dans le canal rachidien. G. Ichok.

THE JOURNAL of the AMERICAN MEDICAL ASSOCIATION Chicago)

C. Sturgis et **R. Isaac** (Ann Arbor). ***L'estomac desséché dans le traitement de l'anémie pernicieuse*** (*Journal of the American medical Association*, tome XCIII, n° 10, 7 Septembre 1929). — Un certain nombre de travaux, notamment ceux de Castle, ont montré que l'estomac contient à l'état normal une substance capable d'activer la maturation des cellules du sang. Aussi a-t-on eu l'idée d'utiliser l'organe en question, à l'égal du foie, dans le traitement de l'anémie pernicieuse. S. et I. ont repris l'étude de cette méthode thérapeutique.

La préparation utilisée fut de la pulpe d'estomac frais de porc réduite par dessiccation, de sorte que 50 gr. de résidu sec équivalent à 190 gr. du tissu normal, ou encore de la pulpe d'estomac réduite par l'action de la benzine, de sorte que 30 gr. représentent 218 gr. de tissu gastrique. Le résidu en question était administré en suspension dans l'eau.

Chez 3 malades ainsi traités, dont ils rapportent l'observation détaillée, S. et I. virent apparaître une rémission très marquée, avec augmentation du nombre des globules rouges et des granulocytes ou hématies granuleuses. Les résultats obtenus furent tout à fait comparables à l'effet du foie ingéré en nature ou sous forme d'extrait.

S. et I. envisagent, en terminant, les diverses hypothèses qu'on peut soulever pour expliquer cette action antianémiante du tissu gastrique.

Pierre-Noel Deschamps.

A. Graham (Indianapolis). ***L'action du chlorhydrate basique de quinine sur l'intestin*** (*Journal of the American medical Association*, tome XCIII, n° 16, 19 Octobre 1929). — L'action de la quinine et de ses sels sur le péristaltisme intestinal est connue de longue date. Aussi s'est-on demandé s'il ne serait pas possible de faire de l'administration de la quinine un traitement de la constipation. G. reprend à nouveau la question.

Il administra le chlorhydrate basique de quinine sous forme de suppositoires contenant chacun 0,30 centigr. de quinine, ou de lavements de chacun 25 cmc d'une solution à 2 pour 100. Les recherches en question portèrent sur 185 malades, parmi lesquels 72 pour 100 présentaient un tableau typique de constipation chronique. Un résultat favorable fut obtenu dans 76 pour 100 des cas, la débâcle intestinale apparaissant de 1 à 10 heures après l'administration du médicament. Par comparaison, dans une série de malades chez lesquels lavements ou suppositoires furent administrés sans quinine, les selles ne reparurent que dans 58 pour 100 des cas.

Il semble que les sels de quinine agissent à la fois par leur action chimique propre et par un effet mécanique, en stimulant le réflexe qui provoque la défécation.

Comme conclusion pratique, G. admet que le traitement quinique mérite d'être essayé et peut rendre de réels services dans la thérapeutique des constipations rebelles. Pierre-Noel Deschamps.

I. Ravdip (Philadelphie). ***Quelques aspects du métabolisme des hydrocarbones dans les affections hépatiques*** (*Journal of the American medical Association*, tome XCIII, n° 16, 19 Octobre 1929). — L'administration de glucose en injection intraveineuse dans les obstructions des voies biliaires est connue depuis longtemps pour sa valeur pratique, mais c'est là une médication empirique, qui ne repose pas, dans l'état actuel des choses, sur des bases physio-pathologiques suffisamment solides.

Pour établir celles-ci, il est nécessaire de préciser certaines données sur le cycle du glycogène hépatique dans l'organisme sain et malade. R. rappelle à ce propos que, suivant les travaux de Heteniy (1922), l'hyperglycémie provoquée devient beaucoup plus considérable qu'à l'état normal chez les sujets dont le foie est lésé. Expérimentalement, d'autre part, on retrouve également, chez le chien dont on a lié les voies biliaires, une élévation du taux de la glycémie après injection intraveineuse de glucose. En cas d'ictère par rétention, par conséquent, le pouvoir de formation du glycogène par le foie est diminué. Une autre preuve en est donnée par le fait que l'hyperglycémie adrénalinique ne se produit pas en cas d'affection hépatique, comme si la quantité de glycogène contenue dans le foie chez ces malades était trop insuffisante pour être mobilisée sous l'action de l'adrénaline.

Certaines expériences rapportées ici par R. sont venues confirmer les données qui viennent d'être exposées. C'est ainsi que R. a extrait le glycogène total du foie chez des chiens normaux et des chiens en état d'ictère par obstruction expérimentale du cholédoque : il a vu que le foie des chiens normaux contenait 5 gr. 5 de glycogène pour 100 gr. de tissu hépatique, tandis que, chez le chien rendu ictérique, la proportion du glycogène s'abaissait à 1,4 p. 100. L'examen histologique montrait parallèlement une diminution notable des grains de glycogène chez les seconds par rapport aux premiers.

R. aborde ensuite une autre question, qui est celle de l'action d'un régime riche en hydrocarbones sur le tissu hépatique. Un tel régime permettrait de faire récupérer à la cellule hépatique son pouvoir de fixer le glycose sous forme de glycogène ; il pourrait ainsi suppléer à la déficience hépatique passagère qui suit les grandes anesthésies au chloroforme ; aussi R. insiste-t-il sur l'intérêt qu'il y a à administrer du glucose avant toute intervention aux sujets atteints d'une obstruction cholédocienne. Ce but peut être atteint soit par la prescription d'un régime très riche en hydrocarbones, soit par l'emploi d'injections intraveineuses de glycose, associées au besoin à l'insuline. Cette dernière n'est utile que s'il existe, en même temps qu'une obstruction cholédocienne, une altération concomitante de la sécrétion interne du pancréas. Après l'intervention, l'usage du glucose doit être continué, car son utilité apparaît comme encore plus grande à ce moment qu'auparavant. Par ailleurs, son emploi facilite la technique opératoire, car il réduit le temps de coagulation.

R. recommande, pour les injections intraveineuses, l'usage de solutions très diluées et poussées lentement.

Pierre-Noel Deschamps.

V. Myers et **H. Beard** (de Cleveland). ***L'influence des éléments inorganiques sur la régénération sanguine dans l'anémie expérimentale d'origine diététique*** (*Journal of the American medical Association*, tome XCIII, n° 16, 19 Octobre 1929). — Les recherches récentes tendent à restreindre beaucoup la valeur des substances tirées de la chimie minérale (fer, arsenic, etc.) dans le traitement de l'anémie pernicieuse.

M. et B. ont repris la question en étudiant expérimentalement, sur le rat rendu anémique par un régime uniquement composé de lait (qui, comme l'ont montré nombre d'auteurs, présente chez l'animal une action anti-anémiante par suite de sa déficience en fer), l'action de ce dernier métal et d'un certain nombre de corps de la chimie minérale. Ils sont arrivés à cette conclusion que certains corps, tels que le cuivre, le manganèse, le germanium favorisent considérablement l'action des composés ferriques, en sensibilisant, pour ainsi dire, le système hématopoiétique à l'action de ce dernier. C'est ainsi que, chez le rat nourri au lait et à qui l'on donne journellement 0,5 milligr. de fer, l'addition des produits ci-dessus indiqués provoque une poussée érythrocytique particulièrement marquée et une atténuation très considérable des symptômes anémiques.

Pierre-Noel Deschamps.

J. Osborne Polak (Brooklyn). ***La mortalité et la morbidité dans l'état puerpéral.*** — **R. Holmes, R. Mussey** et **F. Ader** (Minnéapolis). ***Facteurs et causes de la mortalité maternelle*** (*Journal of the American medical Association*, tome XCIII, n° 19, 9 Novembre 1929). — De l'étude statistique des cas de mortalité maternelle dans l'ensemble des Etats-Unis, comme de l'étude plus particulière de la mortalité au cours de l'état puerpéral dans la ville de Brooklyn, P. tire les conclusions suivantes :

1° La mortalité directement attribuable à l'accouchement lui-même est assez facilement évitable par des soins éclairés tant durant la grossesse qu'après l'accouchement. Ainsi sont considérablement limités les accidents mortels consécutifs aussi bien à la toxémie gravidique qu'à l'infection puerpérale et aux conséquences des bassins rétrécis ;

2° D'une façon générale, le développement des méthodes opératoires en pratique obstétricale a eu pour effet d'accroître la mortalité globale au cours de l'état puerpéral ;

3° La surveillance prénatale réduit très nettement le nombre des cas de morti-natalité. Il existe cependant un nombre important de cas de fœtus macérés, de naissances prématurées et d'anomalies congénitales qui ne sont nullement influencés par cette dernière ;

4° Les statistiques prouvent que les femmes qui ont présenté antérieurement à leur grossesse une infection streptococcique sont immunisées dans une large mesure contre l'infection puerpérale et que la morbidité et la mortalité globale s'abaissent chez elles notablement.

— H., M. et A., étudiant spécialement la mortalité et la morbidité au cours de l'état puerpéral, sur une période de plusieurs années, dans la ville de Minnéapolis, arrivent à des conclusions tout à fait analogues. Pierre-Noel Deschamps.

R. Coffey. ***Transplantation bilatérale sous-muqueuse des uretères dans le gros intestin*** (*Journal of the American medical Association*, tome XCIII, n° 20, p. 1529, 16 Novembre 1929). — C. rapporte 20 cas dans lesquels il a réalisé cette intervention : 8 cas de cancer de la vessie, 8 cas d'exstrophie vésicale, 2 cas de tuberculose vésicale et 2 cas de fistule vésico-vaginale.

Parmi les cancers de la vessie, dans la plupart des cas il s'agissait de cas incurables et les malades moururent par suite de métastases, mais les fonctions d'excrétion s'étaient presque toujours rétablies normalement et, dans les cas qui purent être autopsiés, les reins se montrèrent histologiquement normaux. Dans quelques cas, par contre, l'intervention permit de pratiquer une large exérèse ou d'instituer un traitement radiothérapique ou curiethérapique efficace.

Sur les 8 cas d'exstrophie vésicale, 5 guérirent complètement après l'intervention.

Dans les 2 cas de tuberculose vésicale (où la transplantation des uretères fut complétée ultérieurement par l'ablation d'un rein tuberculeux) et dans les 2 cas de fistule vésico-vaginale l'intervention donna un résultat très favorable.

C. passe en revue les incidents qui peuvent survenir (en particulier, fièvre, frissons, douleurs postopératoires) et les moyens techniques de les éviter. Il n'a jamais vu survenir d'infection rénale ni péritonéale à la suite de l'intervention. La mortalité opératoire (du moins si l'on s'en réfère aux 20 cas ici rapportés) ne dépasse pas 5 pour 100 (1 cas sur 20).

C. estime que la transplantation intra-intestinale des uretères par le procédé des tubes est une intervention actuellement bien réglée et applicable à tous les cas où l'on veut exclure la vessie des voies d'excrétion de l'urine ; aussi doit-on l'employer dans l'exstrophie vésicale, dans les cancers incurables de

la vessie avec douleurs intolérables, dans le cancer de la base de la vessie et de la prostate dans lequel on peut espérer obtenir une guérison par une curiethérapie massive, dans la tuberculose vésicale coïncidant avec l'intégrité d'un des deux reins, dans les fistules vésico-vaginales ou périnéales de causes diverses. PIERRE-NOEL DESCHAMPS.

R. Samson (Los Angeles). *Cas mortels de soi-disant anaphylaxie chez l'homme* (*Journal of the American medical Association*, tome XCIII, n° 23, 7 Décembre 1929). — S. rapporte 3 cas de mort survenue après injection sous-cutanée de substance protéinique. Le 1er cas concernait un homme ayant une lourde hérédité neuro-arthritique, qui, après une série de 14 injections d'extrait de pollen d'une certaine plante (*bermuda-graos*), présenta, à la 15e injection, des accidents de choc immédiatement dramatiques qui aboutirent à la mort. Dans la seconde observation, ce fut après une intradermo-réaction qu'apparurent les accidents de choc qui furent également rapidement mortels. Enfin, dans le 3e cas, la mort survint presque subitement immédiatement après une injection de sérum antitétanique.

Le mécanisme de tels faits n'est pas encore bien élucidé, mais l'anaphylaxie, c'est-à-dire la sensibilisation préalable, ne peut suffire à l'élucider. C'est dans l'existence d'une sensibilité spéciale naturelle, constitutionnelle, de l'organisme, d'un état allergique de nature d'ailleurs encore mystérieuse, que réside vraisemblablement la clef du problème.

PIERRE-NOEL DESCHAMPS.

G. F. Dick et G. H. Dick (de Chicago). *La spécificité de la toxine soluble produite par le streptocoque hémolytique* (*Journal of the American medical Association*, tome XCIII, n° 23, p. 1784, 7 Décembre 1929). — D. et D. se sont proposé, dans le présent article, de préciser les rapports de la toxine soluble extraite du *Streptococcus scarlatinæ*, et de celle qui dérive du *Streptocoque hémolytique* agent de l'érysipèle.

Ils ont commencé par déterminer s'il existait une intradermo-réaction à la toxine érysipélateuse comparable à l'intradermo-réaction à la toxine scarlatineuse. Ils ont ainsi pu mettre en évidence, avec le streptocoque hémolytique, une intradermo-réaction tout à fait remarquable à cette dernière et qui ne peut en être distinguée par ses caractères physiques.

En second lieu, de l'observation de 500 personnes chez qui fut recherchée l'intradermo-réaction à la toxine scarlatineuse et à la toxine hémolytique, il ressort qu'il n'existe aucun rapport entre l'immunité spontanée contre la scarlatine et contre l'érysipèle. De même, l'étude comparée de la réaction à la toxine érysiplateuse chez des sujets convalescents de scarlatine et chez des sujets normaux montre que la scarlatine ne confère aucune immunité à l'égard de l'érysipèle.

A un autre point de vue, l'injection à doses suffisantes de toxine antiscarlatineuse confère l'immunité antiscarlatineuse sans modifier en quoi que ce soit la réceptivité vis-à-vis de l'érysipèle.

Les résultats des expériences précédentes prouvent donc qu'il n'existe aucune relation d'ordre immunologique entre la toxine scarlatineuse et la toxine érysipélateuse. La toxine produite par le streptocoque hémolytique paraît, d'ailleurs, avoir une valeur immunologique beaucoup moindre que la toxine scarlatineuse. Toutefois, chez les sujets qui ont subi l'injection d'un sérum antitoxique préparé soit à partir du streptocoque hémolytique, soit à partir du streptocoque de la scarlatine, un certain nombre de causes d'erreur peuvent faire varier les résultats de l'intradermo-réaction : c'est tantôt la susceptibilité particulière du sujet aux protéines sériques, tantôt l'emploi de toxines trop faibles pour permettre une dilution capable d'éliminer les réactions cutanées liées aux protéines du milieu de culture, tantôt l'absence de standardisation exacte des toxines ou l'emploi de stocks-sérums livrés par le commerce et contenant plusieurs antitoxines. Si l'on s'entoure de toutes les précautions nécessaires, on voit que l'antitoxine érysipélateuse neutralise la toxine homologue, mais ne neutralise en aucune façon la toxine scarlatineuse, et réciproquement. D. et D. concluent de ces recherches que les toxines solubles produites respectivement par le *streptococcus scarlatinæ* et par le streptocoque hémolytique agent de l'érysipèle sont nettement distinctes l'une de l'autre et chacune rigoureusement spécifique.

PIERRE-NOEL DESCHAMPS.

G. Mayer et I. Kugelmann (New-York). *L'alimentation par les vitamines basiques dans la tuberculose* (*Journal of the American medical Association*, tome XCIII, n° 24, 14 Décembre 1929). — M. et K. rappellent les travaux de Sauerbruch qui, en soumettant les tuberculeux opérables par thoracoplastie à une alimentation composée de produits à réaction basique, a pu amener ses malades à l'opération dans des conditions particulièrement favorables. D'une façon plus large encore, M. et K. étudient l'action sur le développement de la tuberculose d'un régime composé de telle sorte qu'il apporte à l'organisme des aliments presque exclusivement basiques. Trente malades âgés de 24 à 33 ans, atteints de tuberculose pulmonaire très avancée, sur l'évolution de laquelle les traitements habituels n'avaient eu aucune action bien qu'ils eussent été prolongés 2 ou 3 ans, furent maintenus pendant 6 mois à un régime spécial. Celui-ci avait une valeur nutritive de 3.500 calories. Il comportait des aliments de réaction basique, c'est-à-dire qu'il était pauvre en NaCl, en protéines animales et en hydrocarbones, et riche au contraire en corps gras et en vitamines.

Voici les résultats obtenus : 8 malades augmentèrent de poids de façon stable, 10 présentèrent une diminution considérable de l'expectoration sans disparition des bacilles de Koch ; chez 4 d'entre eux, il y eut une chute de la fièvre alors qu'au contraire, chez 2 d'entre eux, la fièvre apparut à la suite de l'établissement du régime. Au point de vue des signes physiques, chez 8 malades on observa une régression de ceux-ci tant au point de vue clinique que radiologique. 2 malades atteints de tuberculose intestinale, d'autre part, virent s'amender les signes de cette complication.

L'équilibre acido-basique des malades, étudié avant et après l'établissement du régime, montra une variation constante dans le sens de l'alcalinité.

Ces résultats sont en accord avec des expériences entreprises parallèlement par M. et K. chez des rats maintenus, les uns à un régime riche en produits acides, les autres à une alimentation particulièrement fournie en produits basiques.

PIERRE-NOEL DESCHAMPS.

H. Steenbock, B. Küsang, A. Black et B. Thomas (de Madison). *Les céréales et le rachitisme ; l'activation anti-rachitique des céréales* (*Journal of the American medical Association*, tome XCIII, n° 24, 14 Décembre 1929). — Les auteurs de l'article étudient en détail l'action antirachitique des céréales irradiées.

En partant du régime 3.143 de Mac Callum (V. Mac Callum, Simmonds, Shipley et Park, *J. Biol chem.*, t. XLVII, p. 507, Juin 1921), ils ont préparé une série de rations alimentaires dans lesquelles le froment (en proportion de 33 pour 100) fut remplacé par d'autres céréales, irradiées ou non irradiées. Des rats furent nourris ainsi pendant cinq semaines. Après cette période, et après avoir été pesés périodiquement, les animaux d'expériences étaient sacrifiés ; les côtes, les radius et le sternum étaient examinés au point de vue des lésions rachitiques ; les fémurs étaient disséqués, séparés des parties molles, repris par l'alcool dans un appareil de Soxhlet, puis desséchés et calcinés. Chez les animaux nourris avec des aliments irradiés, la quantité des cendres des fémurs était doublée et leur poids augmenté. De même, l'alimentation irradiée paraît prévenir le gonflement des articulations sterno-costales et l'élargissement des cartilages épiphysaires.

L'activité antirachitique des céréales ainsi irradiées demeure stable, même après séjour à l'autoclave pendant trente minutes suivie de dessiccation à 60° pendant plusieurs jours. D'autre part, le magasinage de ces substances, durant une période de seize mois, à une température de 60° ou plus basse, a permis leur conservation et la persistance de leur activité. Toutefois, à partir d'une période plus longue, atteignant 23 à 28 mois, on observe une décroissance du pouvoir antirachitique ; d'ailleurs, dès longtemps avant ce laps de temps, les céréales ainsi conservées, qu'elles eussent été irradiées ou non, devenaient inaptes à la consommation.

Un grand nombre d'expériences montrent que les vitamines A et B sont sensibles à l'action des radiations ultra-violettes qui leur font subir une altération. On pouvait donc se demander si la création d'un pouvoir antirachitique par irradiation de certaines céréales ne provoquait pas en même temps la destruction des vitamines de celles-ci. Cependant, il ne semble nullement certain qu'une telle destruction puisse être produite par les irradiations usitées pour l'obtention du pouvoir antirachitique,

Il est possible de préparer commercialement des céréales irradiées dont l'activité peut être réglée et standardisée, en se basant sur l'importance des cendres laissées par la calcination des os des animaux traités. Les animaux nourris avec de telles céréales irradiées (notamment avec les farines d'avoine du type « Quaker Oats ») sont préservés du rachitisme, qu'il s'agisse de chiens ou de rats, et les animaux se développent normalement, ainsi que leurs descendants, malgré l'institution d'un régime rachitisant.

PIERRE-NOEL DESCHAMPS.

W. Kellogg (Berkeley). *L'état présent de la thérapeutique par le sérum de convalescent* (*Journal of the American medical Association*, tome XCIII, n° 25, 21 Décembre 1929). — L'article de K. est une courte revue générale, retraçant les grandes lignes de la sérothérapie par le sérum de convalescent. L'auteur en dégage les conclusions suivantes :

Les effets de la sérothérapie dans les diverses affections où elle a été employée sont assez contradictoires. K. ne retient guère que la poliomyélite antérieure aiguë où l'action de la sérothérapie en question lui paraît indiscutable ; dans cette dernière affection, la sérothérapie est d'autant plus efficace qu'elle est appliquée à un stade plus précoce, à la phase pré-paralytique. C'est la voie intra-rachidienne qui est la plus recommandée, mais les voies intraveineuse et même intra-musculaire peuvent donner, dans certains cas, des résultats aussi satisfaisants. L'emploi prophylactique du sérum de convalescent en période épidémique présenterait une efficacité amplement démontrée par les expériences sur le singe, malheureusement elle est limitée dans son application par la difficulté d'obtenir du sérum.

PIERRE-NOEL DESCHAMPS.

G. Schwartzmann (New-York). *Les sérums antiméningococciques et thérapeutiques ; mesure de leur pouvoir neutralisant au moyen de la réaction focale de la peau* (*Journal of the American medical Association*, tome XCIII, n° 25, p. 1965, 21 Décembre 1929). — S. a montré dans des recherches antérieures qu'une réaction cutanée locale peut être obtenue par application de filtrats de culture de bacille typhique ou d'autres microorganismes. Une telle réaction fut démontrée en premier lieu par injection de filtrat de culture sous la peau d'un lapin. Si, 24 heures après cette injection, on pratique chez le même animal une injection intraveineuse du même filtrat, on voit apparaître, 4 à 5 heures après, une nécrose hémorragique massive au niveau de la première injection.

S. distingue ainsi dans ce double phénomène 2 facteurs : le « facteur cutané préparant », et le « facteur réactionnel ». Les 2 facteurs en question peuvent être exactement mesurés et en quelque sorte titrés. Ils peuvent être neutralisés par les sérums immunisants : ainsi le pouvoir neutralisant du sérum antityphoïdique, par exemple, peut être exactement mesuré. S. a appliqué cette méthode à la titration du sérum antiméningococcique. Le titre des anticorps agglutinants mis en évidence dans le





OPONUCLYL

IRRADIÉ

TROUETTE-PERRET

CATALYSEUR FIXANT LE PHOSPHORE ET LE CALCIUM

COMPOSITION : Algostérine irradiée, Lipoïdes médullaires et spléniques, Orchitine, Hémoglobine, Acide nucléinique, Cinnamate de manganèse et de fer

DOSES

ADULTES : 2 sphérules à chaque repas
ENFANTS : 1 sphérule à chaque repas

LITTÉRATURE ET ÉCHANTILLONS :
Laboratoires TROUETTE-PERRET
15, Rue des Immeubles-Industriels, PARIS (11°)

LYSATS-VACCINS du Dr L. DUCHON

VACLYDUN

RHINO-VACLYDUN

Vaccinothérapie locale rhinopharyngée.

Coryzas, Rhinopharyngites.

VACLYDERM

Vaccinothérapie locale cutanée Antistrepto-Staphylococcique.

Pyodermites, Folliculites.

BRONCHO-VACLYDUN

ADOPTÉ PAR LES HOPITAUX DE PARIS

Infections broncho-pulmonaires aiguës.

GONO-VACLYDUN

ADOPTÉ PAR LES HOPITAUX DE PARIS

Blennorragie. Urétrites. Métrites. Complications.

COLI-VACLYDUN

Lysat-vaccin anticolibacillaire.

STREPTO-VACLYDUN

Lysat-vaccin antistreptococcique.

STAPHYLO-VACLYDUN

Lysat-vaccin antistaphylococcique.

PYO-VACLYDUN

Lysat-vaccin antipyogènes.
Phlegmons, Suppurations.

LES LABORATOIRES LEBOIME. 19, Rue Franklin. XVI. Télp: Passy 62-13. Télg: Vaclydun. Paris.

sérum par cette méthode n'offre aucune relation avec le titre des anticorps agglutinants.

Il serait souhaitable, suivant S., qu'une telle méthode fût standardisée, et qu'on pût s'en servir pour augmenter la teneur du sérum antiméningococcique en anticorps neutralisants.

Pierre-Noel Deschamps.

F. Schultz (Minnéapolis). ***Le problème de l'anorexie chronique de l'enfance*** (*The Journal of the American medical Association*, tome XCIV, n° 2, 11 Janvier 1930). — S. insiste sur l'importance de l'anorexie chronique en pathologie infantile. Elle se rencontre rarement chez les enfants qui présentent un développement physique normal, mais plutôt chez ceux qui ont l'aspect gracile avec pâleur du visage et poids au-dessous de la normale, c'est-à-dire un état asthénique ou hyposthénique, qui peut être le résultat d'une disposition constitutionnelle ou être la conséquence d'états infectieux antérieurs. Un tel état va de pair, d'ailleurs, fréquemment, avec une intelligence développée (« dégénérés supérieurs » de Comby).

De même, les divers métabolismes présentent chez ces enfants une instabilité particulière, pouvant aller jusqu'à l'acidose et aux vomissements acétonémiques. Aussi s'est-on demandé si l'anorexie chronique ne pouvait pas être liée plus spécialement à l'acidose.

La question la plus importante qui se pose ici est celle de savoir quel est le facteur plus particulièrement responsable du développement de l'anorexie. Il existe vraisemblablement une association de causes déterminantes diverses. Il faut faire intervenir un certain degré d'atonie gastrique, se traduisant par un retard à l'évacuation de l'estomac et s'accompagnant d'un degré plus ou moins notable d'hypochlorhydrie. D'autre part, les facteurs émotionnels et, d'une façon générale, les conditions extérieures jouent un rôle très important pour faire apparaître ou aggraver un état d'anorexie chronique. On sait que les émotions peuvent inhiber la contractilité gastrique et les sécrétions digestives.

Nombre d'auteurs admettent, d'autre part, que les conditions d'alimentation jouent un rôle important, et qu'on peut, par un régime approprié, améliorer ou même faire disparaître les états anorexiques de l'enfance. Pour S. cependant, ce sont les conditions de vie de l'enfant, la façon d'être de ses proches et notamment de sa mère à son égard, qui jouent le rôle primordial. Les bons effets si fréquents de l'isolement de l'enfant sont un argument probant à cet égard.

Au point de vue thérapeutique, la solution du problème est facilitée quand existe à l'origine de l'anorexie chronique un état infectieux antérieur; dans ce cas, la guérison complète de celui-ci peut améliorer grandement les choses. Le traitement est beaucoup plus difficile à conduire et les résultats plus aléatoires quand il s'agit d'un état constitutionnel.

S. insiste sur l'intérêt qu'il y a à réduire la consommation de lait : il a vu des états anorexiques s'améliorer considérablement, uniquement à la suite de la suppression de celui-ci dans l'alimentation.

D'une façon générale, d'ailleurs, il insiste sur l'excès avec lequel le lait est employé dans l'alimentation des enfants.

Si le régime a son importance, c'est beaucoup plus en modifiant les conditions extérieures d'existence et d'entourage et en prenant sur l'enfant un ascendant moral qu'on pourra venir à bout de l'anorexie chronique.

Pierre-Noel Deschamps.

Allan (Rochester) **et Wilder** (Chicago). ***Les causes des échecs du traitement dans le diabète infantile*** (*Journal of the American medical Association*, tome XCIV, n° 3, 18 Janvier 1930). — A. et W. rappellent, en appuyant le fait sur des données statistiques de la Mayo Clinic, le changement radical qu'apporte le traitement insulinique dans le pronostic du diabète infantile, qui pouvait être considéré jadis comme constamment fatal.

C'est ainsi que de 1920 à 1928, à la Mayo Clinic, le nombre des cas de mort s'est abaissé de 90 p. 100 à 4,3 pour 100.

Il existe, cependant, des cas de mort; A. et W. en relèvent 17 dans leur statistique et recherchent les causes de mort. Dans 2 cas, la mort fut imputable à une maladie intercurrente. Dans tous les autres cas, c'est le coma acidosique qui fut la cause directe de la mort. Chez 3 de ces malades, le traitement insulinique ne fut pas appliqué, les parents s'y étant opposés. Dans un autre cas, le diagnostic n'avait pas été fait, et le malade fut amené à la clinique à l'agonie; la mort survint avant même qu'on ait eu le temps d'injecter l'insuline.

Dans 9 cas, le traitement insulinique fut bien institué, mais à doses trop faibles, par suite de l'inexpérience du médecin traitant ou de l'opposition des parents. Il existe pourtant des cas de résistance absolue à l'insuline, mais ils sont très rares. A. et W., dans leur statistique, n'en relèvent qu'une observation.

Pierre Noel-Deschamps.

R. Mills (Rochester). ***La cystite emphysémateuse; relation d'une série d'observations chez les femmes*** (*Journal of the American medical Association*, tome XCIV, n° 5, 1er Février 1930). — Il s'agit là d'une lésion fort rare de la vessie, dont M. avait déjà rapporté antérieurement 3 cas et dont il relate, ici, 4 nouvelles observations. Dans tous les cas, les symptômes étaient tantôt ceux d'une cystite locale, tantôt des symptômes de néphrite subaiguë ou aiguë, ou encore de lithiase rénale, et d'ailleurs la radiographie, dans une observation, avait montré l'existence d'un calcul du rein. En aucun cas, le diagnostic ne fut fait pendant la vie : c'est l'autopsie qui montra, au niveau de la muqueuse vésicale, un semis de granulations pressées les unes contre les autres, à contenu gazeux. L'examen histologique montrait une infiltration inflammatoire de la paroi, avec des zones hémorragiques, et sans lésions spécifiques bien nettes. La pathogénie de cette curieuse affection est encore complètement inconnue.

Pierre-Noel-Deschamps.

SURGERY, GYNECOLOGY and OBSTETRICS (Chicago)

R. E. Lopez (New-York). ***L'extrait de parathyroïde (Collip) dans l'éclampsie et les états voisins*** (*Surgery, Gynecology and Obstetrics* [tome XLIX, n° 5, Novembre 1929). — L'auteur rapporte 6 cas d'éclampsie gravidique arrivés à des stades variables et traités par de l'extrait parathyroïdien. Quelques unités de cet extrait suffirent à provoquer la diurèse qui s'installa le 2e ou 3e jour, allant en croissant pendant 4 à 5 jours jusqu'à disparition de l'œdème. Dans 2 cas, il y eut une chute de la pression sanguine allant jusqu'à 40 mm. de mercure.

Les signes subjectifs de nausée, céphalée, troubles de la vision, crampes musculaires disparurent en même temps que l'œdème.

Dans 2 cas, où existaient des convulsions et d'autres signes de tétanie, les convulsions cessèrent rapidement aussitôt après la première injection.

Dans aucun cas le travail ne fut provoqué : chez une femme entrée en travail, les douleurs disparurent et ne revinrent qu'après cessation du traitement.

En cas de fœtus vivant, on n'a observé aucune modification des bruits du cœur.

Le calcium du sang (sérum) n'a pas montré d'augmentation appréciable après traitement.

M. Guibé.

C. M. Van Allen et W. E. Adams (Chicago). ***Le mécanisme de l'atélectasie pulmonaire par obstruction*** (*Surgery, Gynecology and Obstetrics*, tome L, n° 2, Février 1930). — Des expériences faites sur les chiens, les auteurs tirent les conclusions suivantes :

En cas d'obstruction bronchique, tant que la respiration reste calme ou nulle, il est impossible d'obtenir de l'atélectasie pulmonaire : pour se produire, dans un poumon normal, celle-ci exige une respiration violente.

L'obstruction valvulaire provoque l'atélectasie beaucoup plus rapidement que l'occlusion totale, mais rien ne prouve qu'un semblable mode d'obstruction se trouve réalisé chez l'homme.

L'air qui reste confiné dans les bronches disparaît probablement par absorption par le sang.

L'atélectasie par obstruction se développe dans le parenchyme pulmonaire par voie centrifuge.

La diminution de la pression intrapleurale et intrabronchique survient comme un caractère de l'atélectasie par obstruction.

M. Guibé.

THE JOURNAL OF THE COLLEGE OF SURGEONS OF AUSTRALASIA (Sydney)

Keith D. Fairley et F. E. Williams (Melbourne). ***La réaction de fixation du complément dans la maladie hydatique : une analyse de ses résultats*** (*The Journal of the College of Surgeons of Australasia*, tome II, n° 3, Mars 1930). — La réaction de fixation du complément a été pratiquée à l'Institut de Melbourne chez plus de 1.500 sujets dont 143 furent opérés et vérifiés porteurs de kystes hydatiques. L'antigène utilisé par Fairley est du liquide eau de roche prélevé sur le mouton dans des kystes contenant des scolex. Le sérum du sujet est rendu inactif par chauffage à 55°5 pendant 20 minutes avant l'examen.

La réaction fut positive chez 75 des 143 malades opérés, soit 52,4 pour 100.

Quand le kyste n'est ni fissuré, ni suppuré, la réaction est positive dans un tiers des cas. Quand le kyste est fissuré ou suppuré depuis moins d'un mois, la réaction est presque toujours positive.

Quand un malade qui n'a pas encore été opéré fixe plus de 6 fois la dose hémolytique minima, il y a de fortes chances que le kyste soit rompu ou infecté depuis peu.

La réaction est plus souvent positive avec des kystes hydatiques du poumon qu'avec toute autre localisation de l'échinococcose.

La présence ou l'absence de vésicules-filles ne paraît pas influer sur les résultats de la fixation du complément.

Sur 53 opérés qui gardaient d'autres kystes ou qui présentaient une récidive, seulement 28 (52,8 pour 100) présentaient une réaction positive.

Tout patient qui fixe plus de 6 fois la dose hémolytique minima, pendant plus de 9 mois après l'opération, est suspect d'autres hydatides en évolution. Par contre, s'il ne fixe que 3 doses, on ne peut dire qu'il reste infesté, tant qu'il ne s'est pas écoulé 2 ans depuis l'intervention.

Il y a intérêt à déterminer le pouvoir de fixation du sérum d'un malade à la fin de la 2e semaine qui suit l'opération. On comparera ce résultat à celui d'un nouvel examen fait 5 à 10 mois plus tard afin d'avoir une indication sur la présence possible d'un kyste résiduel ou d'une récidive.

F. et W. considèrent la réaction comme spécifique. Une fixation de 4 doses et demi, avant toute intervention, permet d'affirmer l'échinococcose. La fixation de 3 doses, lorsqu'elle est vérifiée par une seconde épreuve, a la même valeur.

La réaction est négative dans certains cas de maladie hydatique parce qu'il y a une absorption insuffisante de l'antigène d'un kyste à toxicité enclose. Aussi une réaction négative ne permet pas d'exclure le diagnostic de kyste hydatique.

Une réaction négative permet d'éliminer le diagnostic de rupture ou de suppuration récente, car, en pareil cas, la fixation du complément est presque invariablement positive. Seuls font exception à cette règle les kystes dont le contenu a perdu son pouvoir antigénique et les cas où la suppuration est survenue dans un kyste mort.

R. Leibovici.


AFFECTIONS
DES
VOIES RESPIRATOIRES
TOUX BRONCHITES
TUBERCULOSE
GAÏARSOL
BOUTY
METHYLARSINATE DE GAIACOL
SIROP 2 A 3 GRANDES CUILLEREES PAR 24 HEURES
GOUTTES 20 GOUTTES DE SOLUTION CONTIENNENT 0,05 CENTIGRMES DE GAÏARSOL. DOSE 20 A 50 GOUTTES PAR 24 HEURES
AMPOULES CHAQUE AMPOULE RENFERME 0,05 CENTIGRAMMES DE GAIARSOL. DOSE 1 AMPOULE PAR 24 HEURES
RP
LABORATOIRES BOUTY. 3, Rue de Dunkerque. PARIS


dans les
Hypertensions
et tous les
États spasmodiques de la musculature lisse
OLÉTHYLE-BENZYLE
Benzoate de Benzyle chimiquement pur
GOUTTES
XX gouttes, 2 à 4 fois par jour
GÉLULES
Une à 4 gélules par jour
AMPOULES
Une à 2 ampoules par jour ou injections sous-cutanées
LABORATOIRE CENTRAL DE PARIS
122 FAUBOURG SAINT-HONORÉ


la Passiflorine
uniquement composée d'Extraits Végétaux
ATOXIQUES
Passiflora incarnata
Salix alba
Cratægus oxyacantha
est le TRAITEMENT PHYTOTHÉRAPIQUE des ÉTATS NÉVROPATHIQUES
ANXIÉTÉ
ANGOISSE
INSOMNIE NERVEUSE
TROUBLES FONCTIONNELS DU CŒUR
TROUBLES DE LA VIE GÉNITALE
Laboratoires G. RÉAUBOURG
1, Rue Raynouard - PARIS (XVIe)

REVUE DES JOURNAUX

ANNALES DE MÉDECINE

(*Paris*)

J. Troisier et R. Deschiens (Paris). ***L'hépaticoliase*** (*Annales de Médecine*, tome XXVII, nº 4, Avril 1930). — Il existe, chez différents mammifères et chez l'homme, une maladie causée par l'introduction dans l'organisme d'un nématode de la sous-famille des *Trichurinés* et du genre *Hepaticola* voisin des trichocéphales.

Ce ver pond ses œufs dans le parenchyme hépatique. Ces œufs ont une forme en tonnelet avec deux pores, situés à chaque pôle, présentant deux membranes, l'une externe, épaisse de 4 µ environ, striée radiairement, l'autre plus mince, de 2 µ environ, très acidophile. On distingue deux espèces d'hépaticoles : *H. hepatica*, parasite du rat, et *H. anthropopitheci*, parasite du chimpanzé.

Les lésions provoquées dans le foie par la présence du ver et surtout de ses œufs sont localisées au lobule hépatique lui-même. Les œufs sont pondus en plein parenchyme et ne paraissent pas essaimer par les voies biliaires. L'organisme réagit par la production de cellules géantes qui entourent les œufs, pénètrent à leur intérieur par les pores, brisent leur double cuticule et finissent par les « digérer » entièrement. Néanmoins on trouve de nombreux œufs complètement intacts avec ou sans réaction cellulaire du voisinage.

Parallèlement, on constate la production de tissu scléreux créant une véritable cirrhose hépatique de voisinage.

Etant donné ce que l'on sait expérimentalement des conditions d'infestation du rat, on peut penser que les animaux s'infestent par souillure des aliments par des rats ayant dévoré précédemment des foies infectés. On peut penser également que les particules résultant de la putréfaction des cadavres peuvent être ingérées directement ou indirectement. La résistance prolongée des œufs d'hépaticoles, qui peut durer deux ans, autorise cette hypothèse.

Le rôle pathogène de l'hépaticole varie suivant le nombre des œufs pondus dans le foie. Tantôt le parasite est parfaitement toléré et comme exclu de l'organisme dans une capsule fibreuse, tantôt les œufs pondus en quantités innombrables provoquent des lésions destructives du parenchyme hépatique avec des réactions inflammatoires diffuses.

Dans le cas humain unique de Dive, Lafrenais et Mac Arthur, il semble qu'il y ait eu infection secondaire bactérienne du foie infesté primitivement par un hépaticole; cette infection secondaire aurait déterminé des abcès hépatiques, puis une infection suppurative pulmonaire, et enfin des phénomènes septico-pyohémiques ayant entraîné la mort. Le rôle des vers paraît donc surtout ici bactérifère, la moindre résistance du tissu hépatique infesté ayant secondairement entraîné la pullulation des microbes et la suppuration.

La thérapeutique de la maladie n'a jamais été étudiée ni cliniquement, ni expérimentalement.

R. Bensaude et O. Monod (Paris). ***Le dolichosigmoïde*** (*Annales de Médecine*, t. XXVII, nº 4, Avril 1930). — Le dolicho-sigmoïde est un allongement (δολιχός, long) du sigmoïde sans augmentation de calibre. Il s'oppose ainsi à la maladie d'Hirchsprung caractérisée par la dilatation, l'accroissement d'épaisseur des parois et, le plus souvent aussi, l'allongement. On peut parler de dolicho-sigmoïde quand l'anse sigmoïde dépasse 0 m. 60: elle peut atteindre 90 cm., 100 cm. et jusqu'à 1 m. 70.

On rencontrerait cette anomalie chez environ 6 pour 100 des adultes; elle serait à peu près 2 fois plus fréquente chez l'homme que chez la femme, et bien plus fréquente chez les Slaves (facteur congénital? alimentation plus végétale?)

Il est important, à tous points de vue, de distinguer les dolicho-sigmoïdes *à méso long*, c'est-à-dire à anse libre, mobile, et les dolicho-sigmoïdes *à méso accolé*, qui décrivent des sinuosités et des replis très nombreux.

Un dolicho-sigmoïde, même très long, n'est pas fatalement générateur de troubles et Versé cite le cas d'un vieillard de 72 ans qu'il opéra pour volvulus du sigmoïde (longueur de 1 m. 20) qui jusque-là n'avait jamais présenté le moindre trouble digestif. La fréquence de ces *formes latentes* est révélée par la radioscopie et la rectoscopie.

Certains sujets présentent simplement des écoulements glaireux, blanchâtres ou clairs, fluides, inodores; ils ont l'anus continuellement humide, comme si les mucosités du sigmoïde, sans valvules bien formées, à sphincter recto-sigmoïdien ouvert, tombaient directement jusqu'à l'anus. Le relâchement peut aller jusqu'à entraîner un certain degré d'incontinence des matières.

Mais les formes les plus fréquentes du dolicho-sigmoïde sont celles à *grande constipation non douloureuse*, type constipation atone des classiques semblable à celle du méga-côlon : les selles sont rares, abondantes, véritables évacuations par regorgement. Les troubles subjectifs demeurent très modérés. Dans de rares cas, ces formes à grande constipation s'accompagnent d'un état extrême d'amaigrissement et d'asthénie qu'on ne peut guère expliquer uniquement par une alimentation insuffisante.

Plus typiques sont les formes à *constipation douloureuse*, avec douleur à type de colique, intermittente, plus ou moins localisée à gauche, en relation avec un état de spasticité d'un sigmoïde luttant pour évacuer son contenu, et surtout les *formes avec ballonnement* siégeant à gauche et qui affectent parfois de véritables *crises de subocclusion*.

Enfin il convient de signaler le *volvulus sigmoïde* que réalise la double condition de pieds rapprochés par la mésentérite rétractile et d'anse dont la masse, dilatée et encombrée de matière, « pend comme un fruit lourd à une tige très frêle ».

Le diagnostic du dolicho-côlon est facile si l'on pense à pratiquer un examen aux rayons X (après lavement opaque) et une rectoscopie. En comparant les deux méthodes, on constate que l'avantage revient au radiodiagnostic, mais que la rectoscopie renseigne mieux sur l'état de la muqueuse et le calibre de l'intestin.

En ce qui concerne le traitement, il faut toujours essayer d'abord du traitement médical (lavements d'huile, laxatifs discrets, électricité, régime). Si ces moyens avortent après essai loyal, minutieux, prolongé, il convient de ne pas persister dans cette phase médicale, « funeste hérésie de la maladie » (Roux), et de recourir aux traitements chirurgicaux à froid (résection de préférence, au besoin iléo- ou transverso-sigmoïdostomie) avant d'avoir la main forcée par une crise de subocclusion ou une attaque d'occlusion aiguë. J. DUMONT.

GAZETTE DES HOPITAUX

(*Paris*)

R. Leriche et P. Stricker (Strasbourg), ***Résultat éloigné (4 ans) d'une surrénalectomie dans la maladie de Buerger*** (*Gazette des Hôpitaux*, tome CIII, nº 39, 14 Mai 1930). — Un médecin de 34 ans présentait depuis 3 ans des symptômes d'artérite oblitérante du type Buerger surtout marqués au membre inférieur droit.

De ce côté, au moment où L. et S. furent appelés à le voir, le membre était atrophié, violacé, froid, n'ayant qu'un minimum de mouvements, le gros orteil était en voie de gangrène occasionnant des douleurs atroces au point que le malade avait perdu tout sommeil; l'artère fémorale ne battait pas; au Pachon, on ne trouvait aucune oscillation sur toute l'étendue du membre. Au membre inférieur gauche, les battements artériels faisaient également défaut au niveau de la jambe; il n'y avait pas d'oscillations à la jambe et à la cuisse; l'atrophie était moins marquée qu'à droite. Aux membres supérieurs, les oscillations étaient faibles: il n'y avait pas de troubles trophiques aux doigts, mais le malade éprouvait quelquefois une sensation de lourdeur dans la main gauche.

Le 20 Novembre 1925, L. découvre l'artère fémorale droite au niveau du triangle de Scarpa; elle est toute petite, ne bat pas; il en résèque 1 cm.; l'examen histologique y révèle une thrombose ancienne recanalisée par de petites artérioles.

L'opération n'est suivie que d'une sédation passagère des douleurs, et le malade accepte de subir une *surrénalectomie* qui est pratiquée le 25 Décembre 1925. La surrénale gauche est très adhérente à la graisse périrénale, et ne peut être enlevée que par fragments.

Dès le lendemain, les douleurs du pied cessent complètement. On peut toucher les orteils sans faire mal. Dans les semaines suivantes, l'ulcération se cicatrise régulièrement. Vers le 15 Mars 1926, la cicatrisation est complète, le malade se lève et commence à marcher sans souffrir. Les pieds sont encore souvent froids et deviennent rouge violacé dans la station debout; la claudication intermittente se produit environ tous les 30 pas.

Un an après l'opération, le malade écrit qu'il a constaté de mois en mois une amélioration progressive de son état général. La claudication intermittente s'est atténuée et ne se produit plus que tous les 70 pas, l'acroasphyxie des pieds dans la station debout a beaucoup diminué.

En Décembre 1929, soit 4 ans après l'opération, un des amis du malade, médecin lui aussi, apporte des nouvelles. L'amélioration s'est poursuivie, et le malade est retourné aux Indes en excellente santé. Il n'a plus jamais souffert depuis l'opération qui maintenant date de 4 ans. La claudication de la jambe droite s'est beaucoup atténuée, elle ne se produit plus que tous les 1.000 m. environ. A part cette gêne de la marche, le malade mène une vie normale. J. DUMONT.

JOURNAL DE MÉDECINE DE BORDEAUX et de la RÉGION DU SUD-OUEST

(*Bordeaux*)

F. Hervé. ***Traitement des porteurs de bacilles diphtériques par les rayons ultra-violets*** (*Journal de Médecine de Bordeaux et du Sud-Ouest*, tome CVII, nº 14, 20 Mai 1930). — On sait la difficulté de débarrasser des bacilles diphtériques les convalescents d'angines ou de coryza diphtériques.

Depuis 2 ans, H. fait systématiquement à tous les porteurs de germes un traitement local par les rayons ultra-violets, à l'aide d'une lampe à vapeurs de mercure montée sur un tube de nickel de 15 cm. de longueur et de moins de 2 cm. de largeur qui sert d'abaisse-langue et dirige les rayons sur les foyers à irradier. Chaque séance, quotidienne ou tri-hebdomadaire, dure progressivement de 2 à 10 minutes. Les 5 observations rapportées ont donné des résultats encourageants sans comporter, semble-t-il, de danger. Après 6 à 11 séances de

rayons ultra-violets, les malades ont été débarrassés des germes diphtériques qui persistaient dans leur gorge. ROBERT CLÉMENT.

GAZETTE HEBDOMADAIRE des SCIENCES MEDICALES DE BORDEAUX

H. Lefèvre et P. Broustet (Bordeaux). ***Indications opératoires dans les ulcères hémorragiques de l'estomac et du duodénum*** (*Gazette hebdomadaire des Sciences médicales de Bordeaux*, tome LI, n° 12, 23 Mars 1930). — La plupart des ulcères de l'estomac ou du duodénum saignent à un moment donné au cours de leur évolution; mais il convient de réserver le qualificatif d' « hémorragiques » à ceux qui provoquent des hématémèses ou des hémorragies intestinales qui, par leur abondance ou leur répétition, deviennent des complications. Ainsi compris, on peut dire que 5 à 10 pour 100 seulement des ulcères gastro-duodénaux méritent le terme d'ulcère hémorragique.

Le sang peut être rejeté à l'extérieur tantôt par des vomissements, tantôt par évacuation de l'intestin; tantôt il y a à la fois hématémèse et melæna. Dans la règle, les ulcères gastriques provoquent tout d'abord des hématémèses; le melæna, presque constant, apparaît secondairement. Les ulcères duodénaux donnent plutôt des hémorragies intestinales; le sang rendu est habituellement digéré et noir; parfois, si l'hémorragie est très abondante, il peut être rouge. Il est rare qu'une seule hémorragie brusque entraîne la mort.

Plus souvent l'hémorragie se fait en plusieurs temps, s'arrêtant, reprenant, provoquant finalement un état d'anémie plus ou moins marqué; enfin, d'autres hémorragies sont véritablement continues sans interruption, amenant parfois rapidement un état grave. En fait, la mortalité des ulcères hémorragiques se chiffre par environ 40 à 50 pour 100.

Et ces malades meurent malgré tous les traitements médicaux mis en œuvre. C'est que presque toujours l'artère qui donne est une grosse artère (artère gastro-épiploïque, artère pancréatico-duodénale, artère coronaire stomachique) sur laquelle aucun médicament vaso-constricteur ou anticoagulant n'a de prise.

Aussi les chirurgiens ont-ils été conduits à intervenir dans ces cas et à aller directement supprimer la source même de l'hémorragie.

Mais le principe du traitement chirurgical soulève plusieurs objections. La première, et non la moindre, tient à la difficulté du diagnostic dans certains cas. Car les ulcères ne sont pas les seules causes possibles d'hémorragies gastro-duodénales: les cirrhotiques, les urémiques, les hypertendus peuvent aussi faire des hématémèses et du melæna et il va sans dire que, dans tous ces cas, une intervention chirurgicale devient inutile, sinon désastreuse. Mais il est vraiment exceptionnel qu'on n'arrive pas, par un interrogatoire et par un examen attentifs du malade, à découvrir quelques troubles qui, bien que discrets, aiguilleront vers le diagnostic d'ulcère gastrique ou duodénal. — La seconde objection tient à la difficulté de la découverte de l'ulcère. Cependant, avec une technique d'exploration bien réglée, un ulcère du duodénum ou de la petite courbure (ce sont eux qui le plus souvent saignent) ne doit pas échapper au chirurgien: personnellement L. et B. ont toujours trouvé la lésion. — Enfin la troisième objection est l'état d'anémie des sujets. Les possibilités de résistance du malade sont liées, dans une certaine mesure, au taux globulaire: les malades opérés lorsqu'ils ont moins de 2.000.000 de globules ne guérissent pas, sauf exception rare; une anémie moyenne à 3.000.000 de globules, par contre, ne semble pas aggraver très sensiblement le pronostic opératoire. Par conséquent, si l'on veut opérer ces malades, en leur donnant les plus grandes chances de guérison, il faut les opérer tôt, avant qu'ils n'aient perdu une trop grande quantité de sang. Or au début des accidents hémorragiques, il y a toujours une phase où l'anémie n'est pas encore très prononcée: c'est cette phase qui constitue « l'heure chirurgicale ». *Il faut opérer tout ulcère qui saigne, le plus tôt possible, avant de savoir la gravité de l'hémorragie*. En agissant ainsi, on opérera parfois des sujets qui auraient guéri spontanément, on en opérera d'autres qui auraient réparé leur anémie et qui auraient pu être opérés secondairement dans des conditions plus favorables; mais on évitera aussi la mort de bon nombre de malades chez lesquels l'expectative conduit à des interventions désespérées ou entraîne même l'abstention.

En résumé, concluent L. et B., toute hémorragie gastro-duodénale dont l'origine ulcéreuse, facile en général à reconnaître, peut être affirmée, doit être immédiatement opérée. La première hémorragie ne provoque généralement pas une anémie assez intense pour pouvoir faire courir de gros risques à l'opéré. *Il y a là une phase chirurgicale qu'il faut savoir saisir, car elle est souvent très brève*. L'expectative est dangereuse, car il est absolument impossible de savoir comment évoluera une hémorragie gastro-duodénale. Beaucoup sont continues, d'autres se font à répétition; dans les deux cas on risque, si l'on n'a pas opéré dès les premières heures, d'être obligé d'intervenir dans des conditions désastreuses. Lorque l'anémie est très importante, soit, ce qui est rare, du fait d'une seul hémorragie, soit, et c'est la règle, du fait de la répétition et de la continuité de l'hémorragie, lorsque le chiffre globulaire est au voisinage ou au-dessous de 2.000.000, la conduite à tenir est plus délicate. Le point important est de savoir si l'ulcère saigne encore ou si l'hémorragie est arrêtée. Il faut être fixé très rapidement, en quelques heures, et on y parvient par une observation attentive du malade et des numérations globulaires successives. Si l'on acquiert la certitude que l'hémorragie se poursuit, il faut intervenir malgré les circonstances défavorables; il n'y a évidemment pas grand espoir de sauver le malade; mais c'est dans l'intervention chirurgicale, aussi aléatoire soit-elle, que résident les seules chances de salut. Si l'on acquiert la certitude que l'hémorragie est arrêtée, on peut retarder l'intervention pour la pratiquer dans des conditions meilleures. Mais il est dangereux d'attendre trop longtemps; il faut opérer dès que la résistance du sujet paraît à peu près suffisante, et que le taux des globules rouges est remonté aux environs de 2.800.000 à 3.000.000.

L. et B. publient 12 observations personnelles d'ulcères hémorragiques gastro-duodénaux destinées à montrer la gravité de ces ulcères abandonnés au seul traitement médical, ou soumis tardivement au traitement chirurgical. Sur ces 12 malades, 2 sont morts avant d'avoir été opérés, 2 ont succombé sur la table d'opération, 1 dans les 24 heures (pylorectomie, anémie suraiguë), 1 au 5e jour (gastro-entérostomie suivie d'une nouvelle hémorragie), 1 au 9e jour (gastro-entérostomie, congestion pulmonaire), 2 seulement ont guéri (gastro-entérostomie); encore l'un de ceux-ci, n'ayant pas voulu accepter la gastrectomie secondaire qu'on lui proposait, présente à l'heure actuelle une dégénérescence cancéreuse de son ulcère. J. DUMONT.

LYON MÉDICAL

P. Mallet-Guy (Lyon). ***Sur 5 observations d'ulcères gastriques hémorragiques traités chirurgicalement*** (*Lyon médical*, an. LXII, tome CXLV, n° 10, 9 Mars 1930). — M.-G. défend également la thèse du traitement chirurgical des ulcères hémorragiques de l'estomac et du duodénum. L'hémorragie, liée le plus souvent à la béance, au fond de l'ulcère, d'un gros tronc artériel (coronaire stomachique ou gastro-duodénale), peut être sans doute arrêtée momentanément par un traitement médical hémostatique, mais le caillot est fragile, précaire, l'infection jouera et l'hémorragie récidivera par un mécanisme comparable à celui des hémorragies secondaires.

En réalité, le seul traitement radical est le traitement chirurgical. Il est d'ailleurs moins grave qu'on ne le croyait encore il y a quelques années, même lorsqu'il consiste — opération la plus logique — dans la résection de l'ulcère: Finsterer, sur 40 cas de gastrectomie pour ulcère hémorragique, ne signale qu'une mortalité de 20 pour 100, mortalité qui tombe à 0 si l'on considère seulement les cas opérés dans les 48 premières heures.

Il faut donc opérer tôt, après 48 heures, 4 jours au plus de traitement médical pour remonter le malade et après avoir fait une transfusion sanguine. Mais M.-G. ne pense pas qu'il faille pratiquer la résection d'emblée: il propose d'établir d'abord une gastro-entérostomie et de ne faire la résection que secondairement. En fait, la gastro-entérostomie, en mettant l'ulcère au repos, suffit parfois à amener à elle seule l'arrêt de l'hémorragie ainsi qu'en témoignent 4 des 5 observations rapportées par M.-G. qui n'eut à exécuter la résection secondaire qu'une seule fois, d'ailleurs avec succès, les autres malades ayant refusé toute nouvelle réintervention.

J. DUMONT.

LE JOURNAL DE MÉDECINE DE LYON

P. Savy et P. Delore. ***Etude critique de l'action de la théobromine*** (*Journal de Médecine de Lyon*, tome XI, n° 244, 5 Mars 1930). — Le domaine de la théobromine a été peu à peu démesurément étendu en dehors des limites relativement étroites qui lui avaient été primitivement fixées. S. et D. montrent, par une analyse critique, l'écart qui sépare ses indications véritables des applications très diverses que l'on en fait actuellement.

Dans les hydropisies rénales, les résultats de la théobromine sont inconstants. Diurétique déchlorurant, elle n'agit bien qu'en cas de rétention chlorurée avec perméabilité rénale encore suffisante et en association avec le régime déchloruré; c'est alors un des agents les plus précieux de la thérapeutique. Dans la néphrose lipoïdique, elle montre son impuissance. Elle paraît inutile dans les néphrites chroniques, hypertensives ou azotémiques. Chez les rénaux au stade cardiaque, son action est très inconstante et s'épuise vite. Elle est contre-indiquée dans les néphrites aiguës et les poussées aiguës au cours des néphrites chroniques.

L'inefficacité fréquente de la théobromine dans les œdèmes au cours des divers syndromes cliniques de néphrite s'interprète d'ailleurs mieux actuellement que le rôle exclusif du rein est battu en brèche et que l'on entrevoit des facteurs extra-rénaux d'œdèmes au cours de ces syndromes.

Dans les hydropisies cardiaques, son action est en général très peu marquée; elle est en tout cas bien inférieure à celle de la digitale à laquelle on doit l'associer.

Elle est inefficace dans les ascites cirrhotiques et dans les épanchements inflammatoires, pleurésie notamment. Elle est inutile chez les hypertendus, chez les obèses et les goutteux.

S. et D. rapportent diverses observations où la diurèse, suivie avant, pendant et après l'administration de théobromine, n'a pas subi de modifications.

On prescrit trop souvent la théobromine par cures prolongées ou fréquemment répétées sans s'inquiéter de la diurèse; la cantine et la bascule devraient contrôler toute cure et annonceraient l'arrêt de l'action diurétique.

Pour la dose, on ne tient pas assez compte du poids du sujet accru souvent considérablement par l'anasarque.

On tend trop à oublier que la théobromine n'est pas un diurétique général. Ses indications véritables sont en somme limitées au syndrome de néphrite chronique hydropigène au début, avec œdème lié à l'imperméabilité rénale aux chlorures; elles sont assez restreintes si l'on considère la rareté relative de ce syndrome vis-à-vis des multiples indications de la médication diurétique.

J. Rosnoblet. ***Traitement de l'oblitération de l'artère centrale de la rétine*** (*Journal de Médecine de Lyon*, tome XI, n° 245, 20 Mars 1930). — L'oblitération de l'artère centrale de la rétine reste, au point de vue visuel, une affection redoutable dans sa forme d'obstruction complète où tout traitement, même précoce, semble voué à l'échec.

Par contre, l'oblitération incomplète, réalisée par l'angiospasme, souvent prémonitoire de la forme précédente, est plus curable. L'arsenal thérapeutique s'est enrichi de médicaments vaso-dilatateurs précieux qui permettent de lutter avec efficacité contre le spasme artériel et rendent possible le traitement médical de l'affection causale.

Le *nitrite d'amyle* reste le médicament héroïque et d'emploi facile : on recommandera à tout sujet, particulièrement aux hypertendus, sujets à des crises de cécité transitoire, d'avoir constamment par devers eux une ampoule de ce médicament, qu'ils utiliseront à la première alerte.

Quand le spasme est intense, il ne faudrait pas hésiter à avoir recours à la *médication opiacée* (Vaquez et Laubry), sous forme d'injection de morphine.

Quand les spasmes se répètent à de courts intervalles, Bailliart recommande la médication anti-spasmodique à la valériane sous forme de pilules de Méglin (3 par jour, pendant cinq jours consécutifs).

Rifat vient de publier deux cas d'angiospasmes rétiniens guéris par le traitement d'Abadie: tous les jours ou tous les deux jours suivant l'intensité du spasme, on injecte profondément dans l'orbite une dose d'un milligramme de solution d'*atropine*; l'atropine, paralysant les fibres musculaires de la paroi vasculaire, amène une dilatation prompte des artères rétiniennes.

Hamburger fait une injection également rétro-bulbaire d'*histamine* à 1/1000, mais les réactions secondaires sont pénibles.

De l'avis de R. pour lutter contre l'hypertension générale et contre le spasme, mieux vaut utiliser des substances plus maniables comme l'*angioxyl* ou mieux l'*acétylcholine* préconisée en médecine générale par Villaret. Ces médicaments provoquent une vaso-dilatation considérable par action élective sur les fines artérioles périphériques (comme les artères rétiniennes) et une chute secondaire de la tension générale.

L'acétylcholine est livrée en produits spécialisés, soit en solutions prêtes pour être injectées, soit en poudres — à dissoudre au moment de l'emploi. C'est une substance très maniable, à employer en injections sous-cutanées ou intramusculaires, à la dose de 0,10 à 0,20 centigr. par jour, et même plus, suivant le résultat à obtenir.

En dehors de ce traitement contre le spasme vasculaire, il faut évidemment traiter la lésion causale : saturnisme, syphilis, hypertension artérielle, avec ou sans brightisme.

Rollet et Paufique. ***La rétinite au cours des néphrites chroniques de l'hypertension artérielle*** (*Journal de Médecine de Lyon*, tome XI, n° 245, 20 Mars 1930). — Dans les discussions encore pendantes concernant la physio-pathologie des néphrites chroniques et de leurs rapports avec l'hypertension artérielle, l'étude des lésions du fond d'œil est d'un très grand intérêt.

Ce sont, en effet, là de véritables lésions des centres nerveux, dont la rétine fait partie intégrante, et qui sont visibles, fortement grossies, au simple examen ophtalmoscopique. Aussi comprend-on de suite pourquoi, du fait de son siège seul, cette localisation a une gravité pronostique dont la valeur a été bien mise en évidence par Widal.

La symptomatologie de ces lésions consiste essentiellement en une association très constante et très caractéristique d'hémorragies rétiniennes, d'exsudats blancs plasmatiques différemment ordonnés et d'un œdème de la papille. Ce dernier symptôme, certainement en rapport avec l'hypertension intracranienne, montre une fois de plus la corrélation étroite entre les lésions rétiniennes et les lésions cérébrales.

Des données cliniques récentes permettent de supposer que ces lésions papillorétiniennes ne sont pas obligatoirement dues à un déficit important d'une des fonctions rénales ou à un trouble de la cholestérinémie, puisque R. et P. peuvent, après d'autres auteurs, apporter des cas où ces diverses fonctions, malgré une hypertension artérielle importante, sont sensiblement normales. Ce ne sont pas non plus de simples accidents hémorragiques dus à l'hypertension. L'existence de lésions papillo-rétiniennes dans de telles circonstances autorise donc à penser que lésions rénales, hypertension artérielle et lésions papillo-rétiniennes sont des lésions connexes, susceptibles de s'associer de façon variable et de s'influencer mutuellement, mais traduisant, toutes trois, une altération plus générale, mal connue, troublant la circulation et le métabolisme des humeurs dans l'intimité même des divers tissus, parmi lesquels les centres nerveux et le parenchyme rénal seraient les plus sensibles et les plus touchés.

Parmi les facteurs susceptibles de favoriser l'apparition de ces lésions oculaires ou de leur imprimer un cachet spécial, il faut faire une place à part à la syphilis que R. et P. ont retrouvée dans les antécédents de 50 pour 100 de leurs malades, à l'hypertension intracranienne et probablement aussi à la rétention chlorée au niveau des centres nerveux; il est fort possible d'ailleurs que ces deux derniers facteurs aient entre eux d'étroits rapports.

Au cours du traitement, il conviendra de songer plus particulièrement à ces diverses notions étiologiques et de mettre en œuvre, le cas échéant, une thérapeutique appropriée.

J. Chalier et R. Froment. ***L'encéphalite typhique*** (*Le Journal de Médecine de Lyon*, t. XI, n° 250, 5 Juin 1930). — Bien qu'elle n'ait été mise en cause que tout à fait exceptionnellement, l'encéphalite typhique paraît relativement fréquente. Si son existence a été jusqu'ici méconnue, c'est qu'avant l'épidémie récente d'encéphalite léthargique, on ne soupçonnait guère le polymorphisme, la discrétion et le caractère souvent larvé de la symptomatologie encéphalitique.

Les formes cliniques les mieux caractérisées de l'encéphalite typhique sont :

La *forme oculo-psychique* ;

Les *formes psychiques pures* (délires aigus, délires de la convalescence) peuvent laisser des *séquelles mentales définitives*, voire un état démentiel s'apparentant à la paralysie générale ;

La *forme hémiplégique* et la *forme aphasique* qui peuvent s'associer ;

La *forme convulsive*, susceptible d'être à l'origine d'un état comitial définitif ;

La *forme cérébello-spastique* réalisant un syndrome plus ou moins typique de sclérose en plaques ou d'ataxie aiguë

A côté de ces formes bien caractérisées, il doit exister des *formes frustes* ou *larvées* de l'encéphalite typhique ; telles les *typho-psychoses* qui, en l'absence de dothiénentérie typique, revêtent plus ou moins le masque de l'aliénation mentale ; tels certains des *états méningés curables* observés dans le cours de la fièvre typhoïde : nombre de « *méningites puriformes aseptiques* » semblent entrer dans cette catégorie de faits; il n'est pas jusqu'aux *formes sévères de tuphos* qui n'incitent à mettre en cause une inflammation encéphalitique plus ou moins légère.

L'*examen du liquide céphalo-rachidien* doit aider au diagnostic. Ses modifications (lymphocytose discrète et surtout instable, conservation du taux du sucre, absence de tout germe pathogène, même à la culture), en excluant l'intervention d'une infection méningée, permettent d'affirmer l'existence d'une inflammation voisine. Elles sont d'ailleurs en tous points comparables à celles observées dans l'encéphalite épidémique.

J. Chalier, G. Pallot et Roman-Monnier. ***Valeur de la formule leucocytaire, et notamment de l'éosinophilie, dans la scarlatine régulière*** (*Le Journal de Médecine de Lyon*, tome XI, n° 250, 5 Juin 1930). — Le but de ce travail est d'apporter des données précises sur la formule leucocytaire et son mouvement au cours des diverses périodes d'évolution de la scarlatine régulière, et d'établir dans quelle mesure elle apporte un appoint précieux au diagnostic. Les conclusions suivantes peuvent être proposées :

1° La leucocytose est constante, et d'ordinaire le taux des globules blancs varie entre 12.000 et 22.000 ;

2° La polynucléose neutrophile est initiale, transitoire et modeste ;

3° La diminution initiale des éléments mononucléés porte uniquement sur les lymphocytes, les moyens mononucléaires étant au taux normal ou en surnombre ;

4° L'éosinophilie est certaine, de 6 à 10 pour 100 en moyenne, elle est d'ordinaire accusée pendant les phases d'invasion et d'exanthème, mais elle ne s'épuise pas, et les auteurs l'ont toujours vue persister pendant vingt-cinq jours au moins ;

5° Les caractères de cette éosinophilie peuvent aider au diagnostic, notamment avec les érythèmes scarlatiniformes d'origine sérique chez les diphtériques; dans ce dernier cas, en effet, l'éosinophilie est inconstante, moins accusée, et surtout très transitoire.

LE SCALPEL

(*Bruxelles*)

J. de Harven. ***Accidents rénaux de la transfusion*** (*Le Scalpel*, tome LXXXIII, n° 20, 17 Mai 1930). — A côté de ses succès parfois brillants, qui ne se comptent plus à l'heure actuelle, la transfusion a été suivie de quelques échecs retentissants et même d'accidents graves. Ces accidents ne sont pas de nature à jeter le discrédit sur une méthode thérapeutique aussi précieuse, car ils sont rares, mais il est d'un grand intérêt de les étudier pour les prévenir et l'on peut prévoir le moment où il sera possible de les éviter tout à fait.

Quel que soit le procédé employé pour la transfusion, on peut avoir des accidents mécaniques, survenant quelques minutes ou quelques heures après la transfusion, qui résulteraient d'un trouble dans l'équilibre hydrostatique de la circulation. Les accidents de collapsus circulatoire sont rares, faciles à éviter et exceptionnellement alarmants. Les accidents de choc humoral, beaucoup plus fréquents, peuvent être bénins ou graves et mortels. Il s'agit alors d'accidents aigus immédiats dus à l'agglutination des globules du donneur par le plasma du récepteur qui peuvent être évités par les épreuves préalables d'agglutination ou de choc anaphylactique par hémolyse qui révèle aussi une incompatibilité des deux sangs.

Les accidents rénaux sont plus sournois et plus lents mais aboutissent également à la mort. La mort par urémie consécutive à la transfusion semble être sous la dépendance d'une hémolyse

des globules injectés. Le blocage du rein résulte vraisemblablement d'une précipitation de l'hémoglobine qui encombre les tubuli, les cellules et les capillaires. L'hémolyse s'accompagne dans ces cas d'une agglutination qui a été méconnue en raison de sa lenteur. La prophylaxie de ces accidents consiste essentiellement à dépister l'incompatibilité sanguine par l'épreuve de l'agglutination.

Pour limiter les risques d'accidents, il faut n'utiliser que l'épreuve directe sans détermination de groupe en se servant du plasma et non du sérum ou du sang total; rejeter le citrate de soude et le remplacer par l'oxalate de soude en poudre; faire toujours l'épreuve croisée et, tout en attachant le plus de valeur à l'agglutinine du récepteur, rejeter cependant le donneur dont le plasma serait très riche en agglutinine; attendre 30 minutes pour apprécier le résultat de la réaction; opérer à froid.

Le traitement doit être précoce et rapide : les alcalins, les diurétiques sont à essayer, mais, en cas d'insuccès, on se décidera rapidement à une décapsulation double du rein.

Robert Clément.

DEUTSCHE MEDIZINISCHE WOCHENSCHRIFT
(Leipzig)

W. His. ***Observations de basedowiens traités par des injections de sang animal*** (*Deutsche medizinische Wochenschrift*, tome LVI, n° 15, 11 Avril 1930). — A la suite des publications de Bier et de ses élèves sur l'efficacité thérapeutique des injections alternées de sang de bœuf et de mouton, H. a entrepris de traiter ainsi un certain nombre de malades en surveillant leur poids, le nombre de leurs pulsations et leur métabolisme basal.

18 sujets ont été ainsi régulièrement suivis depuis plusieurs mois.

A l'exception d'un malade chez lequel la thérapeutique dut être interrompue par suite de l'apparition de phénomènes cutanés et ganglionnaires, tous les autres supportèrent les piqûres sans incidents. Mais les résultats furent décevants : si parfois on nota des améliorations partielles portant soit sur le poids, soit sur le métabolisme basal, soit sur le pouls, dans l'ensemble les courbes comparatives ne montrent guère de différence entre la période précédant le traitement et la période au cours de laquelle il fut poursuivi. Aucune guérison, ni même aucune amélioration nette ne fut obtenue.

Cette divergence entre les résultats de H. et ceux publiés par Bier paraît d'autant plus curieuse que la technique fut la même, les produits employés étant partiellement fournis par Bier, et que les malades se trouvaient dans des conditions optimum, hospitalisés et au repos alors que les auteurs de la méthode disent avoir guéri ou amélioré des sujets par un traitement ambulatoire.

G. Dreyfus-Sée.

A. Zimmer. ***Résultats du traitement du syndrome de Basedow par les injections de sang d'animal*** (*Deutsche medizinische Wochenschrift*, tome LVI, n° 15, 11 Avril 1930). — Z. a traité dans la Clinique de son maître Bier un grand nombre de basedowiens par le sang d'animal. 62 cas suivis depuis longtemps lui paraissent démonstratifs. Il les répartit en 3 groupes :

1° Le groupe I, comprenant 23 cas graves avec métabolisme basal de plus de 55 pour 100 (en moyenne 74 pour 100), a été observé au moins 12 mois après la fin du traitement.

Le métabolisme basal est tombé de + 74 p. 100 avant traitement à + 35 pour 100.

Les pulsations ont diminué de 112 à 89.

L'accroissement moyen du poids a été de 11 kg (dans 3 cas plus de 20 kilogr.);

2° Le groupe II comprend 23 cas avec métabolisme basal augmenté de + 30 à + 55, soit + 42 pour 100 en moyenne, et a été suivi environ 11 mois après la fin du traitement.

Métabolisme basal diminué de 42 à 21 pour 100.

Pouls ralenti de 102 à 85.

Poids augmenté de 7 kilogr. 5 en moyenne (3 cas plus de 15 kilogr.);

3° Le groupe III (cas plus légers) comporte 16 malades avec métabolisme basal augmenté de 15 à 29 pour 100, suivis aussi durant 11 mois.

Le métabolisme basal a diminué de + 25 p. 100 à + 10 pour 100.

Le pouls s'est ralenti de 95 à 80 pulsations.

Le poids a augmenté en moyenne de 5 kilogr. 500.

Les malades des trois groupes ont reçu un nombre moyen d'injections de 3,5 pour le 1er, 3,3 pour le 2e, 2,4 pour le 3e. Le sang défibriné de mouton et de bœuf était injecté alternativement intra-fessier aux doses de 3 à 5 cmc à l'exclusion de toute autre thérapeutique.

Outre les symptômes précédents on note une action nettement bienfaisante sur les signes végétatifs (sueurs, tremblement, alopécie, diarrhée) et sur l'état général des malades.

L'exophtalmie, l'éclat du regard ainsi que le goitre sont peu modifiés; les troubles cardiaques toxiques ne sont nullement influencés.

Au point de vue pronostique, la valeur de l'image sanguine et des recherches interférométriques est nulle.

Enfin Z. reconnaît une contre-indication au traitement de Bier : c'est l'existence d'une rapide chute pondérale telle que celle observée dans certains basedow iodiques ; elle justifie une cure insulinique.

G. Dreyfus-Sée.

W. Stepp et H. Wendt. ***Réaction lymphatique et fièvre ganglionnaire*** (*Deutsche medizinische Wochenschrift*, tome LVI, n° 16, 18 Avril 1930). — La réaction lymphoïde du sang est le phénomène essentiel de la maladie connue depuis Tuck, en 1907, sous le nom de *réaction lymphatique* et caractérisée en outre par un tableau clinique spécial : angine, fièvre, adénopathies multiples et splénomégalie.

Les auteurs, qui ont observé de nombreux cas de cette affection, insistent sur certains de ses caractères.

La leucocytose avec prédominance de lymphocytes assez polymorphes est constante.

Par contre, les signes cliniques sont variables. Des signes précurseurs — fièvre, atteinte de l'état général — peuvent exister dans certains cas; parfois au contraire la modification sanguine s'observe dès le début.

L'angine, les ganglions, la splénomégalie, loin d'être des symptômes de premier plan, apparaissent assez souvent tardivement ou peuvent même manquer durant toute l'évolution.

Ces variations séméiologiques rendent parfois malaisé le diagnostic avec la leucémie lymphoïde, d'autant plus que les stigmates hématologiques de la réaction lymphatique subsistent fréquemment plusieurs semaines après la guérison clinique apparente.

L'évolution se fait constamment vers la guérison. Cependant il serait possible que les sujets atteints de cette affection passagère fussent prédisposés à contracter ultérieurement une leucémie lymphoïde.

L'étiologie actuellement inconnue est vraisemblablement infectieuse, car on a observé des cas multiples de contagion et même de petites épidémies familiales. Le facteur constitutionnel est, par contre, peu probable, les sujets convalescents de réaction lymphatique ne paraissant nullement présenter plus facilement que d'autres une lymphocytose sanguine à l'occasion d'injections de substances protéiques ou d'infections accidentelles ultérieures.

La porte d'entrée rhino-pharyngée n'est pas démontrée, et l'angine elle-même apparaît comme une complication secondaire inconstante et non comme un symptôme initial.

Enfin les rapports entre réaction lymphatique de l'adulte et fièvre ganglionnaire des enfants semblent prouvés par des observations de contage réciproques. Selon S. et W., ces deux affections identiques sont dues vraisemblablement à un virus lymphotrope encore inconnu et sont caractérisées toutes deux par leur image sanguine bien typique.

G. Dreyfus-Sée.

MÜNCHENER MEDIZINISCHE WOCHENSCHRIFT
(Munich)

W. Pfannenstiel et B. Scharlau. ***L'action des vitamines données en quantités croissantes sur les infections expérimentales (tuberculose pulmonaire, infection staphylococcique de la peau)*** (*Münchener medizinische Wochenschrift*, t. LXXVII, n° 15, 11 Avril 1930). — Notre conception des vitamines s'est sensiblement modifiée depuis que nous savons qu'elles ne constituent pas à proprement parler des substances nutritives, mais qu'elles permettent l'utilisation de ces substances par nos cellules.

La quantité incluse dans la ration alimentaire, quoique très faible, suffit aux besoins de l'organisme adulte sain. L'enfant en période de croissance en utilise davantage, mais, chez lui aussi, les manifestations pathologiques n'apparaissent que lors de régimes insuffisamment variés et, par suite, trop carencés.

Le rôle des vitamines, en tant que médicaments lors des troubles de la nutrition, a été surtout établi à propos de la vitamine D dont l'identité ou la proche parenté avec l'ergostérine irradiée est actuellement bien établie.

On sait que la carence vitaminée diminue la résistance aux infections. Par ailleurs, P. et S. ont établi que le pouvoir antimicrobien vis-à-vis des bacilles typhiques était nettement augmenté dans le sang du cobaye par l'administration prolongée de vitamines multiples.

Il était intéressant de vérifier si cette action bactéricide *in vitro* correspondait réellement à une augmentation de l'immunité anti-infectieuse. Dans ce but, les auteurs ont administré un mélange de vitamines D, B, et A à des cobayes infectés expérimentalement.

Les animaux atteints de tuberculose pulmonaire ou d'infection staphylococcique cutanée ont reçu de l'ergostérine irradiée à faible dose et de la levure sèche en quantité notable.

On a noté une efficacité thérapeutique nette.

Alors que la vitamine D, ainsi que le calcium, paraît avoir une action anti-inflammatoire, les vitamines B et A accélèrent notablement le processus de guérison dans l'organisme infecté.

Ces modes d'activité différents expliquent l'efficacité des combinaisons de vitamines D et B dans la lutte anti-infectieuse.

G. Dreyfus-Sée.

A. M. Rybak et E. A. Stern. ***La radiothérapie des reins dans les intoxications par le sublimé*** (*Münchener medizinische Wochenschrift*, t. LXXVII, n° 15, 11 Avril 1930). — R. et S. avaient traité avec succès, par la radiothérapie, 16 malades présentant des affections rénales graves chroniques, aiguës ou subaiguës, résistant à la thérapeutique habituelle.

Les malades, sous l'action des rayons, avaient été très améliorés: la diurèse avait augmenté, les œdèmes, l'albuminurie avaient diminué en même temps que régressaient les signes fonctionnels, céphalées et vomissements.

Ces heureux résultats ont encouragé les auteurs à tenter une thérapeutique analogue dans la néphrite mercurielle aiguë due à l'intoxication par

le sublimé et déterminant des phénomènes d'anurie totale.

11 malades furent ainsi traités: la plupart avaient absorbé 60 cmc à un verre de solution de sublimé à 2 pour 100 destinée à des injections gynécologiques; 3 malades avaient pris près de 1 gr. de sublimé en poudre ou tablettes. L'anurie était absolue depuis 24 heures chez 5 malades, 2 jours chez 2 malades, 3 jours chez 2 autres, 5 jours et même 6 jours chez les 2 derniers.

Dans 8 cas, la diurèse fut rétablie dès la première séance de radiothérapie, dans 2 cas après la seconde, et seul un malade résista totalement à cette thérapeutique ainsi d'ailleurs qu'à la décapsulation rénale pratiquée ultérieurement. Plusieurs de ces sujets, gravement intoxiqués, décédèrent d'ailleurs, malgré le rétablissement de la diurèse, par suite de phénomènes toxiques graves (stomatite gangreneuse, colite ulcéreuse, polynévrite toxique, etc.).

Le mode d'action du traitement reste discuté : excitation des épithéliums canaliculaires ou glomérulaires, destruction de l'afflux leucocytaire encombrant le parenchyme, diminution du spasme vasculaire, vaso-dilatation des vaisseaux du rein.

Quoi qu'il en soit, l'irradiation des reins, par de petites doses de rayons X, paraît très fréquemment rétablir la diurèse, et cette méthode thérapeutique peut donc rendre des services dans le traitement des affections rénales graves et, en particulier, de la néphrite mercurielle aiguë.

G. Dreyfus-Sée.

E. Schleger. ***Les résultats cliniques de la greffe de testicules de singe aux humains*** (*Münchener medizinische Wochenschrift*, tome LXXVII, n° 16, 18 Avril 1930). — L'influence favorable de la substance testiculaire pour l'homme est connue depuis les temps les plus reculés, et l'on recommandait déjà autrefois l'ingestion des testicules d'animaux comme médication reconstituante. Les travaux de Berthold, puis de Claude Bernard, l'auto-expérimentation de Brown-Séquard, première tentative de « rajeunissement », et enfin les recherches de Steinach ont fait entrer les notions de l'influence des extraits glandulaires génitaux sur le vieillissement dans le domaine scientifique.

Voronoff, à la suite d'études faites sur les castrats égyptiens, fut conduit à pratiquer une intervention, originale par sa technique d'une part, par l'utilisation de greffe glandulaire d'origine animale d'autre part.

S. a appliqué la méthode de Voronoff dans 9 cas dont il publie les observations.

Dans 4 cas, l'intervention amena une résurrection des fonctions génitales déficientes et une exaltation des facultés psychiques : ces résultats favorables se maintiennent encore après 1 an 1/2 et 2 ans.

1 sujet, spécifique ancien avec troubles multiples, fut amélioré pendant 8 mois.

1 autre malade présenta un rajeunissement moral, intellectuel et physique général, mais pas d'excitation de ses fonctions génitales qui paraissaient d'ailleurs avoir toujours été déficientes.

2 échecs ont été observés : l'un chez un malade âgé, à scléroses viscérales, ayant d'ailleurs présenté antérieurement un ictus léger; l'autre chez un malade psychopathe de 49 ans pour lequel il s'agissait de phénomènes d'ordre nerveux plus que de vieillissement proprement dit.

Enfin, 1 adolescent cryptorchide avec syndrome hypogénital fut transitoirement amélioré par la transplantation, mais revint rapidement à son état antérieur.

Dans l'ensemble, chez les sujets chez lesquels il s'agit de vieillissement véritable, la régression des manifestations de sénilité, la réapparition du désir sexuel et de la puissance génitale s'observent assez rapidement, dès la 6e ou 8e semaine, et cette amélioration paraît durable. La greffe se résorbe après quelque temps, mais elle subsiste plus longtemps par la méthode de Voronoff que dans les greffes ordinaires.

L'influence sur l'organisme est complexe. L'hormone produite par la greffe ou libérée par sa résorption exerce une action excitante sur le fonctionnement testiculaire du sujet et active ainsi sa propre sécrétion hormonique.

En outre, les substances albuminoïdes résorbées déterminent une réaction générale du système glandulaire à sécrétion interne.

L'opération elle-même a sur les autres interventions similaires le grand avantage de ne pas léser les testicules du sujet, de telle sorte qu'il est possible de la répéter si l'action s'épuise, et qu'en tout cas elle n'est nullement préjudiciable au malade.

Le succès dépend en partie d'une discrimination judicieuse des cas et de la précocité de l'intervention qui a d'autant plus de chance de réussir qu'elle est pratiquée plus tôt. G. Dreyfus-Sée.

Lenhartz. ***Considérations diagnostiques et thérapeutiques sur l'anémie pernicieuse*** (*Münchener medizinische Wochenschrift*, tome LXXVII, n° 16, 18 Avril 1930). — La nécessité de faire précocement le diagnostic de l'anémie pernicieuse s'impose d'autant plus que, selon L., nous disposerions actuellement vis-à-vis d'elle de précieuses ressources thérapeutiques. Dans l'établissement de ce diagnostic, L. insiste en particulier sur la glossite de Hunter, signe clinique qu'il considère comme très caractéristique, et, au point de vue hématologique, sur les variations typiques de l'index colorimétrique.

En pensant souvent à cette affection, on sera amené à la découvrir à ses stades initiaux et à instituer d'emblée l'hépatothérapie.

Les formes avec signes cliniques nets, sans images sanguines caractéristiques, devront être également soumises au traitement d'épreuve par le foie pendant une durée minimum de 4 semaines.

Outre l'administration des extraits de foie (3 à 6 fois 20 gr), il importe de donner régulièrement, tous les jours ou au moins 2 fois par semaine, 200 gr. de foie frais pour parer à la possibilité d'une activité insuffisante des préparations de foie dont l'efficacité paraît variable.

En outre, la pepsine acide sera ordonnée.

Même si l'examen des selles est négatif et ne révèle aucun œuf de parasite, une cure anti-vermineuse systématique paraît utile.

Après que le malade aura quitté la clinique, il devra continuer la thérapeutique et il importe de le convaincre de la nécessité de poursuivre l'ingestion de foie sous peine de voir survenir de nouveau les mêmes accidents.

Seule, une guérison absolue vérifiée par le médecin et le laboratoire permettra la suspension prudente du traitement.

A l'heure actuelle, l'hépatothérapie paraît justifier les espoirs qu'on a mis en elle; cependant, l'épreuve du temps est encore nécessaire.

G. Dreyfus-Sée.

MEDIZINISCHE KLINIK

(*Berlin*)

C. Œhme et H. Paal. ***Recherches sur la réaction de Reid Hunt, surtout dans l'asthme bronchique*** (*Medizinische Klinik*, tome XXVI, n° 13, 28 Mars 1930). — On connaît le principe de la réaction de Reid Hunt. L'extrait thyroïdien augmente la résistance des souris à l'égard de l'intoxication par l'acétonitrile; or le sang des sujets atteints de maladie de Basedow manifeste des propriétés analogues.

P., dans un travail antérieur, a étudié l'action de la thyroxine sur la réaction de Reid Hunt. Il a constaté que celle-ci détermine bien en effet la réaction, mais non pas d'une façon immédiate : il y faut un certain délai, que rendent nécessaire des modifications intermédiaires du métabolisme. Ces dernières dépendent de la teneur de l'organisme en glycogène, et peuvent être inhibées par l'insuline.

O. et P. ont recherché la réaction de Reid Hunt avec le sang d'une série de sujets atteints d'affections très diverses. Leurs recherches confirment la valeur de la réaction. La réaction a été constamment positive chez les basedowiens (30 cas), elle a été constamment négative dans le goitre simple (46 cas), dans l'obésité (15 cas), dans le nanisme (3 cas), chez les sujets normaux (10 expériences). Elle a été positive dans 3 cas de néphrite avec urémie, négative dans 3 cas de néphrite sans urémie; sur 38 neurotoniques, 30 avaient une réaction négative, 8 seulement une réaction positive. Enfin, et ce point retient particulièrement l'attention de O. et P., sur 17 asthmatiques, 12 avaient une réaction positive et 5 seulement une réaction négative. Chez des sujets à réaction négative, la simple ingestion de thyroxine suffit pour donner au sang les propriétés caractéristiques de la réaction de Reid Hunt.

Les agents pharmacodynamiques, tels que la physostigmine, l'atropine, l'adrénaline, la pilocarpine restent sans action sur la réaction des basedowiens. Au contraire, chez 3 asthmatiques, la réaction, qui était fortement positive auparavant, diminua fortement une demi-heure après une injection de 0 gr. 01 de pilocarpine. O. et P. pensent que la réaction positive des asthmatiques n'est pas due chez eux à un basedowisme fruste qui créerait une disposition à l'asthme, mais qu'elle représente au contraire une réaction de la glande thyroïde soumise à une excitation neuro-végétative réflexe par le fait de la crise d'asthme. J. Mouzon.

H. Cramer. ***Etudes sur la photothérapie moderne*** (*Medizinische Klinik*, tome XXVI, n° 13, 28 Mars 1930). — C. discute les indications de certains appareillages nouveaux, qu'il utilise à la Charité de Berlin, dans le service de W. His.

Tout d'abord, il se sert d'une lampe à rayons rouges très intenses, mais froids, le « frigisolar », qui remplace avec avantage, dans bien des cas, dans les processus inflammatoires chroniques, la chaleur, la diathermie ou la radiothérapie. Ce mode de photothérapie rouge active l'inflammation, en provoque le réveil passager, mais en hâte très nettement la guérison. La polynucléose est remplacée sous son influence par de la lymphocytose et par de la monocytose. A cause de cette réactivation initiale, il vaut mieux s'en abstenir dans les inflammations aiguës ou subaiguës, dans les affections de la tête (pour éviter les poussées d'hypertension intracranienne), dans les cholécystites où la diathermie agit mieux et présente moins de dangers. Il faut être également très prudent chez les enfants, étant donné l'antagonisme que Ludwig et W. Reis ont mis en évidence entre les rayons ultra-violets et les rayons rouges qui seraient capables de rendre inactive une ergostérine préalablement activée par l'irradiation.

Un second appareil, dont C. se sert, est la « lampe vitalux » qui est une source peu puissante de rayons ultra-violets, associés à des radiations lumineuses d'une gamme étendue. La « lampe vitalux », à la distance de 1 m., « reproduit à peu près le rayonnement d'un soleil de Septembre ». Pratiquement, elle ne peut guère produire d'érythème. Elle ne saurait remplacer la lampe de quartz dans le traitement du rachitisme, mais elle peut rendre des services chez les enfants neurotoniques qui supportent mal l'actinothérapie, ou dans la prophylaxie familiale du rachitisme. C. s'en sert aussi pour le traitement des plaies ou des furoncles.

L'héliothérapie étant souvent préférable à toutes les photothérapies, C. s'intéresse aux plans de l'ingénieur Windelknecht dont il reproduit quelques exemples, et qui ont pour objet de permettre le traitement d'un grand nombre de malades à la fois


INFECTIONS AIGUËS
AMPOULES
THEMSALINE
SELF DÉFENSE DE L'ORGANISME
OSTÉOMYÉLITE
HÉMATOMES INFECTÉS
PLEURÉSIES
PURULENTES
TUBERCULOSE
PHLEGMONS ET PLAIES
ALLERGIQUES
TRAITEMENT BIOLOGIQUE des INFECTIONS
SEPTICÉMIES
INFECTIONS PUERPÉRALES
GRIPPES, ÉRYSIPÈLES
ANGINES, PHLEGMONS
PLAIES INFECTÉES
TOUS LES JOURS
CHEZ L'ADULTE
CHEZ L'ENFANT
EN INJECTIONS
INTRAVEINEUSES
TRÈS LENTES
PHAGOCYTOSE
AMPOULES DE 3CC
TOUS LES 2 JOURS EN
INJECTIONS
SOUS-CUTANÉES
POMMADE EN
FRICTIONS ALTERNÉES
APYREXIE
ÉTIOLOGIQUE
RAPIDE
AMPOULES X
POMMADE
LIPODÉTERPÉNOL
INFECTIONS CHRONIQUES
ZYMA 4, RUE BELLART PARIS


OSTELINE
Vitamine D — biologiquement contrôlée
Presenteé sous trois formes
AMPOULES
GOUTTES
COMPRIMÉS
étalonnée et contrôlée à un pouvoir vitaminique D constant
Échantillons et littérature
LABORATOIRES RISSA
46 rue Claude Lorrain
LILLE


Glaxo

dans des salles de cures construites comme des serres, en verre perméable aux rayons ultra-violets. L'armature est composée de secteurs qui peuvent s'emboîter les uns dans les autres en roulant sur des rails, et permet, à volonté, selon le temps, et très rapidement, de clore la salle ou de l'exposer à l'air libre. J. Mouzon.

A. Kirch. *Observations sur l'action du camphre dans les abcès du cerveau* (*Medizinische Klin.*, tome XXVI, n° 18, 2 Mai 1930). — On sait que le camphre à hautes doses est un poison convulsivant. Les 2 observations de K. semblent montrer qu'il peut provoquer des crises épileptiques, même à doses thérapeutiques, chez des sujets atteints d'abcès du cerveau.

La première est celle d'une femme de 50 ans, qui, à la suite d'un syndrome infectieux à marche subaiguë, présenta des signes d'abcès du foie, puis une hémiparésie droite, un abcès métastatique de la hanche droite, enfin des signes de bronchite intense des bases. Le diagnostic de pyohémie était évident. L'état général déclinant chaque jour, on pratiqua des injections sous-cutanées d'huile camphrée à 25 pour 100, à la dose de 2 cmc 3 fois par jour. Or, dès la deuxième injection, une crise d'épilepsie jacksonienne se produisit dans le membre supérieur gauche. Le même fait se reproduisit pour les 2 injections suivantes. On interrompit alors l'huile camphrée, et les crises cessèrent. Le surlendemain, on reprit les injections, à la dose de 2 cmc 2 fois par jour. Chaque injection fut de nouveau suivie d'une crise. On cessa alors l'huile camphrée définitivement, et les crises ne se reproduisirent plus jusqu'à la mort. L'autopsie montra qu'il y avait des abcès multiples du foie et du cerveau. L'origine de la septicémie se trouvait dans une grave infection utéro-annexielle et pelvi-péritonéale, qui avait passé totalement inaperçue à l'examen clinique.

Le second cas est celui d'un homme de 44 ans, qui présentait des signes d'abcès pneumonique du poumon droit, avec pleurésie purulente. A la suite de la thoracotomie, des injections d'huile camphrée avaient été commencées, à la dose de 2 cmc d'huile à 25 pour 100, 2 fois par jour. Le traitement fut d'abord bien toléré. Mais, au bout de quelques jours, des convulsions apparurent, et ces convulsions se reproduisaient régulièrement après chaque injection. Pendant une semaine, on cessa les injections : il n'y eut plus de crises. Quand on reprit l'huile camphrée, les crises d'épilepsie reparurent, de type jacksonien cette fois. Ces crises restèrent, jusqu'à la mort, le seul signe (à l'exclusion d'une paralysie récurrentielle constituée tardivement) des abcès cérébraux multiples, que l'autopsie permit de retrouver.

Les doses utilisées étaient cependant bien loin des doses toxiques, puisqu'on a vu supporter la dose de 15 gr. sans accident mortel (Kunkel).
J. Mouzon.

KLINISCHE WOCHENSCHRIFT

J. Freud, S. E. de Jongh, E. Laqueur et A. P. W. Münch. *L'hormone sexuelle masculine* (*Klinische Wochenschrift*, tome IX, n° 17, 26 Avril 1930). — Depuis plus d'un an, Laqueur et ses collaborateurs croient avoir vraiment isolé l'hormone sexuelle féminine. Mais, en ce qui concerne l'hormone sexuelle masculine, les résultats jusqu'ici ont été peu nombreux et peu satisfaisants. Cependant Koch et Gallagher, en administrant de très fortes doses d'extrait testiculaire, sont arrivés à obtenir des résultats positifs. Ces essais ont été repris par Laqueur et ses collaborateurs. Ils emploient pour cela d'abord des testicules de taureaux extraits avec de l'alcool à 96°, puis par le benzol et par l'acétone, de telle sorte que 1 kilogr. de matière première donne environ 1 gr. d'extrait. Ils ont également utilisé l'urine d'hommes sains dont ils extraient l'hormone masculine à peu près comme ils extraient, de l'urine de femmes, l'hormone féminine.

Ces extraits ont été administrés par injections 2 fois par jour pendant 5 jours en solution dans l'huile. Les quantités représentaient, par injection, 25 à 100 gr. de testicules ou 1/4 à 1 litre d'urine. La plus petite quantité d'extraits secs actifs a été de 0,3 milligr.

Il a été fait 123 recherches sur des coqs castrés et on a provoqué chez eux une augmentation tout à fait caractéristique de la crête. Chez des rats castrés, on a fait doubler ou tripler le volume des vésicules séminales. Des résultats analogues ont été obtenus chez de jeunes rats non castrés. Chez les souris, aucun résultat n'a été obtenu jusqu'ici.

Il semble, d'ailleurs, que les animaux traités souffrent quelque peu du traitement car ils maigrissent. L'extrait n'est donc probablement pas pur. Les auteurs de ce travail considèrent que cette préparation contient également du menformon et ils concluent de leurs recherches que l'action d'une hormone sexuelle sur un organe déterminé ou sur un système est indépendante du sexe de l'animal d'expérience, car on peut faire apparaître des plumes du type féminin par le menformon aussi bien chez la poule que chez le coq castrés.
P.-E. Morhardt.

S. Gereb et D. Laszlo. *Le rôle de la peau dans le métabolisme du sel et de l'eau* (*Klinische Wochenschrift*, tome IX, n° 17, 26 Avril 1930). La peau emmagasine une proportion variable mais souvent importante des chlorures administrés par injections en solutions hypertoniques. Elle conserve les chlorures de sodium encore 4 heures après l'injection.

La pituitrine augmente l'élimination de chlorure de sodium par l'urine en même temps qu'elle empêche la peau d'emmagasiner ce sel, de sorte qu'elle permet aux chlorures du sang d'augmenter fortement et de reprendre plus rapidement leur taux normal. Cette substance a, par conséquent, une action extra-rénale. P.-E. Morhardt.

A. Vogl. *Le mécanisme et le traitement de la dyspnée centrale* (*Klinische Wochenschrift*, tome IX, n° 17, 26 Avril 1930). — V. a eu l'occasion de remarquer que, chez des individus qui présentent la respiration de Cheyne-Stokes, on ne peut pas, même en les interpellant énergiquement, les amener à respirer volontairement pendant la période d'apnée. Ce fait tient à ce que les fonctions des muscles respiratoires ne sont pas coordonnées, l'excitation physiologique de la respiration étant absente. Ces considérations ont amené cet auteur à chercher à exciter ce centre de la respiration au cours du Cheyne-Stokes et il s'est adressé, pour cela, à l'euphylline qui contient 78 pour 100 de théophylline et 22 pour 100 d'éthylène-diamine. Ce dernier médicament n'a d'ailleurs été ajouté, à l'origine, à la théophylline que pour la rendre soluble. Il s'est trouvé que, même à la dose d'un demi-cmc, à la fin d'une période de dyspnée, suivie d'une nouvelle injection, également d'un demi-cmc, vers la fin de la période dyspnéique suivante, ce médicament empêche d'apparaître la phase d'apnée. Les résultats obtenus ainsi au cours de six années, surtout dans des cas d'hypertension décompensée, d'aortite syphilitique, d'artériosclérose, d'urémie, d'intoxication par la morphine, d'hypertension intracranienne, etc., ont été très intéressants, bien que la durée de l'effet obtenu varie suivant l'étiologie du symptôme. Un point capital est que ce médicament ne fait dormir que lorsque le sommeil est empêché par cette forme de dyspnée.

D'autres médicaments — caféine, atropine, strychnine, lobéline — n'ont eu aucun effet, de sorte que l'euphylline constitue pour V. le médicament de choix dans la respiration de Cheyne-Stokes.

Ce médicament s'est également montré actif dans des dyspnées d'autre nature, notamment dans ce que Wassermann désigne sous le nom de dyspnée de la grande circulation par cœur aortique décompensé; il arrive souvent que ces malades, améliorés jusqu'à un certain point par la digitale et les diurétiques, ne présentent plus de signes apparents de décompensation, bien qu'il subsiste encore une dyspnée surtout nocturne; l'euphylline a des effets remarquables dans de tels cas.

La théophylline seule a été essayée sans aucun succès. Par contre, l'éthylène-diamine en injections intraveineuses à la dose de 10 centigr. a excité la respiration d'une façon très nette. D'ailleurs, un certain nombre de recherches ont montré que cette substance accélère la respiration chez l'animal. Il en est de même pour la butylamine, l'allylamine, la vinylamine, l'oxypropylène-diiso-amyalamine, la méthyl-isoamylamine et l'hydroxylamine qui se sont montrées les unes et les autres, entre les mains de divers expérimenteurs, capables d'augmenter la fréquence ou l'amplitude de respiration et parfois les deux.

Cependant, l'euphylline s'est montrée plus active que l'éthylène-diamine. Il est, en tout cas, possible que d'autres amines en association avec d'autres purines aient une action analogue ou peut-être supérieure. L'euphylline provoque d'emblée un état d'excitation intense, de sorte que ce médicament ne doit pas être donné le soir à moins qu'il ne s'agisse de supprimer un symptôme qui, comme la respiration de Cheyne-Stokes, est capable de gêner le sommeil.

Un certain nombre d'observations montrent que cette action de l'euphylline est centrale et ne résulte pas seulement d'une amélioration de la circulation, car elle est trop rapide. Elle doit donc être attribuée à un effet chimique sur les cellules ganglionnaires, analogue à l'action de CO^2 sur les centres expirateurs; il est probable que, sous son influence, les vaisseaux des centres nerveux se dilatent. En tout cas, les hémisphères aussi bien que les centres bulbo-médullaires sont excités par ce médicament. On est d'ailleurs d'accord pour considérer que le phénomène de Cheyne-Stokes n'est pas seulement d'origine bulbaire.

Avec ce médicament, au lieu de calmer comme on le faisait jusqu'ici le centre respiratoire, on l'excite et cette manière de faire paraît d'autant plus logique qu'en cas de dyspnée cardiaque, le thorax ne semble pas pouvoir arriver à dépasser la position moyenne autant qu'il le fait chez l'individu normal. Il y a, par conséquent, une sorte d'immobilisation du poumon parce que les muscles respiratoires ne peuvent agir suffisamment quand le centre respiratoire n'est pas assez excité.
P.-E. Morhardt.

Kl. Gollwitzer-Meier et H. Bohn. *L'action véno-constrictrice de l'acide carbonique et sa signification pour la circulation* (*Klinische Wochenschrift*, tome IX, n° 19, 10 Mai 1930). —La capacité du système veineux joue un rôle très important dans le retour du sang vers le cœur et dans la circulation générale. Elle doit donc être sous la dépendance des centres vaso-moteurs qui l'augmentent ou la diminuent. On observe, en effet, dans le système veineux, des variations de pression indépendantes des ondes de Traube-Hering, mais dues cependant aux centres vaso-moteurs. En outre, les facteurs qui modifient la pression artérielle, comme par exemple l'hyperhydrie des centres bulbaires, modifient également le retour du sang veineux et le débit par minute. L'apparition de déchets acides et notamment d'acide carbonique constitue un excitant pour la circulation comme pour la respiration.

Henderson a, pour la première fois, mis en évidence l'importance de la périphérie dans le mécanisme de la circulation ; une augmentation des ions H possède une action véno-constrictrice très nette qu'on peut constater pour des variations très faibles du p_H.

Ces faits jusqu'ici n'ont pas été confirmés en ce qui concerne les veines mésentériques. C'est la raison pour laquelle G. et B. ont étudié l'écoulement d'un sérum artificiel à travers une veine mésentérique ayant conservé toutes ses connexions nerveuses. Pour évaluer l'écoulement ils ont compté le nombre des gouttes par minute. Ils ont ainsi constaté que l'adrénaline, ajoutée au liquide perfuseur, provoque une constriction avec rétention du nombre de gouttes à la moitié du chiffre initial. L'histamine provoque également une diminution. Quand on injecte l'adrénaline dans la circulation générale de l'animal d'expérience, la veine conserve son débit habituel. En faisant respirer des mélanges gazeux contenant de l acide carbonique dans la proportion de 4 à 20 pour 100, on a provoqué une contraction de la veine avec réduction du nombre des gouttes à la moitié du chiffre original, même quand l'animal était curarisé pour éviter des changements de position dans les veines mésentériques.

Quand on supprime les connexions nerveuses de la veine, l'acide carbonique n'a plus d'action. Le diamètre de la veine n'est pas modifié quand on ajoute de l'acide carbonique au liquide perfuseur.

P.-E. Morhardt.

P. Meyer. *Diagnostic fonctionnel des anémies et des érythrémies* (*Klinische Wochenschrift*, tome IX, n° 20, 17 Mai 1930). — L'auteur fait remarquer que les méthodes purement morphologiques (numération des hématies, valeur globulaire) ne suffisent pas et qu'il faut y ajouter d'abord les variations du volume moyen des érythrocytes mesuré avec l'hématocrite; on constate ainsi que, dans les diverses anémies, le volume des érythrocytes est augmenté tandis qu'il est diminué dans l'ictère hémolytique et dans l'érythrémie. Le pouvoir fixateur de l'hémoglobine pour l'oxygène doit être également évalué, soit en mesurant le volume d'oxygène qui peut se combiner à une quantité d'hémoglobine dosée colorimétriquement, soit en dosant le fer. On peut constater ainsi qu'il existe vraiment une hémoglobine inactive. Chez un individu splénectomisé, M. a effectivement constaté que le pouvoir d'absorption de l'oxygène se montrait relativement très inférieur à la concentration d'hémoglobine. D'autre part, dans 3 cas d'érythrémie, des différences du même genre ont été constatées. Il n'est donc pas impossible que dans cette maladie une partie de l'hémoglobine ne fonctionne pas.

La mesure de la consommation d'oxygène par les globules rouges permet d'apprécier une variation dans la proportion des jeunes érythrocytes car les combustions sont beaucoup plus actives chez ces cellules jeunes qui peuvent aussi être décelées par leurs propriétés tinctoriales (bleu de méthylène, basophilie). En pratiquant la numération des hématies hémolysées, en présence d'une solution hypotonique, on apprécie également l'âge de ces cellules, car leur résistance diminue avec l'âge ; elle est effectivement augmentée dans les anémies secondaires ou pernicieuses. Au contraire, dans les polyglobulies, et encore davantage dans l'ictère hémolytique, cette résistance est diminuée. Ce fait est d'autant plus remarquable, en ce qui concerne les ictères hémolytiques, que les acides biliaires augmentent la résistance globulaire *in vitro*. Ainsi donc, on doit considérer cette affection comme le résultat de l'hyperfonction de la rate. La splénomégalie observée en pareil cas n'est pas plus difficile à interpréter que le goitre du myxœdème. En cas de splénectomie, les globules rouges consomment davantage d'oxygène et ont une résistance augmentée. Dans les anémies par poisons sanguins, comme la phénylhydrazine, la résistance est augmentée et le stroma des érythrocytes est en proportions anormalement élevées.

Enfin, la détermination du volume du sang par injections d'une substance colorante montre que, dans l'érythrémie du type Vaquez, il y a augmentation des seules hématies, tandis que, dans l'érythrémie du type Gaisböck, il y a en même temps augmentation des hématies et du plasma. Cette mesure permet également d'apprécier le rôle des réservoirs d'érythrocytes (rate, aire splanchnique, plexus sous-papillaire, etc.). Dans un cas où l'adrénaline n'avait pas fait augmenter le volume du sang, on a porté le diagnostic, vérifié à l'autopsie, de thrombose de la veine splénique. Ces diverses méthodes, sans résoudre toutes les difficultés, permettent néanmoins d'arriver à des précisions que les recherches anciennes ne donnent pas.

P.-E. Morhardt.

O. Naegeli, F de Quervain et W. Stalder. *Le siège cellulaire de l'allergie dans l'exanthème par antipyrine* (*Klinische Wochenschrift*, tome IX, n° 20, 17 Mai 1930). — Dans un cas, Bloch et Massini ont essayé de transplanter un fragment de peau qui présentait de la sensibilité pour la trichophytine afin de voir si la transplantation modifiait cette sensibilité. Malheureusement, cette tentative n'a pas pu être répétée. Il s'agissait, d'ailleurs, d'homotransplantation qui est actuellement considérée comme ne réussissant jamais. Aussi les auteurs de ce travail, ayant trouvé un cas tout à fait caractéristique de sensibilité régionaire à l'antipyrine, ont-ils décidé de recourir à l'auto-transplantation pour voir si cette intervention modifie la sensibilité. On a procédé chez ce malade à une épreuve d'essai en lui administrant seulement 25 centigr. d'antipyrine, dose qui a suffi pour déterminer des phénomènes généraux, l'apparition de nouveaux foyers d'exanthème ajoutés aux anciens ainsi qu'une réaction énergique des muqueuses.

Quelques semaines plus tard, on pratiqua chez cet individu l'ablation de deux fragments de peau symétriquement placés, de 2 à 3 cm. de côté, l'un pris dans une région tout à fait normale et l'autre pris sur un « foyer fixe » qui avait toujours réagi. Ces deux fragments furent réimplantés, le sain dans la région malade et le malade dans la région saine. En outre, on préleva sur les cuisses d'autres fragments de peau, les uns sains et les autres sensibles, pour étudier leurs réactions et leur histologie. On constata ainsi que les foyers fixes présentaient une légère augmentation du nombre des couches cellulaires de la couche germinative et de la couche cornée par rapport à l'épiderme normal. En plongeant ces fragments de peau dans une solution d'antipyrine, on a constaté que les fragments normaux ne réagissaient pas, tandis que les fragments provenant de foyers fixes présentaient une réaction extrêmement marquée, s'étendant à toute la couche de Malpighi : cellules fortement œdématiées, noyaux pykniques, vésicules plus ou moins étendues à la place des cellules mortes ou entre elles, papilles fortement œdématiées, capillaires dilatés et endothéliums augmentés de volume.

L'administration de 10 centigr. d'antipyrine au malade a provoqué en 40 minutes une démangeaison sur le transplant provenant de la région malade. Au bout d'une heure, ce transplant a commencé à rougir, tandis que le transplant provenant de la région saine restait tout à fait normal. Ainsi le siège de la sensibilité se trouve bien dans le tissu épidermique. Les anses des capillaires ne doivent pas entrer en ligne de compte puisque les lésions, dans les recherches *in vitro*, ont débuté dans l'épithélium et l'œdème ne s'est étendu que secondairement aux papilles. D'ailleurs la différence des réactions de deux fragments interchangés est significative quant au siège de la réaction.

P.-E. Morhardt.

Hans J. Fuchs et M. von Falkenhausen. *La nature de l'hémophilie* (*Klinische Wochenschrift*, tome IX, n° 20, 17 Mai 1930). — En étudiant le phénomène de la coagulation du sang chez les hémophiles, on s'est rendu compte d'abord que la prothrombine se trouve, chez ces malades, dans un état stable et réagit moins facilement. En outre, le plasma n'a pas d'action de complément correspondant à un plasma normal pour les hématies faiblement sensibilisées et toute substance à propriétés d'antiprothrombine se montre également anti-complémentaire. Dans le plasma de chien chez lequel on a injecté de la peptone, il y a excès d'antiprothrombine et pas d'action de complément *in vitro* à l'égard des hématies faiblement sensibilisées. Mais, si la sensibilité des hématies est grande, il se produit des phénomènes de complément sans coagulation. Ces faits expliquent que les hémophiles soient plus sensibles à l'infection sans être cependant dépourvus de toute résistance.

D'autre part, les plaquettes sanguines jouent un rôle important dans la vitesse de coagulation parce qu'elles contiennent de la thrombine préformée. Elles sont très sensibles aux modifications du p_H et possèdent la propriété d'adhérer aux corps étrangers. Or, les plaquettes des hémophiles n'accélèrent pas comme le font les plaquettes normales la coagulation du plasma. C'est là encore un fait qui s'observe chez le chien soumis à l'action de la peptone.

La prolongation du temps de saignement dépend exclusivement des plaquettes, soit qu'elles aient une résistance anormalement élevée à l'égard des causes de destruction, soit que leur nombre soit diminué. Or, la tendance de ces formations à adhérer à des surfaces irrégulières, de même que leur sensibilité à l'égard des causes de destruction sont diminuées dans l'hémophilie comme chez le chien soumis à l'action de la peptone.

L'hémophilie, dont l'intensité varie d'un moment à l'autre chez le même malade, est donc un état tout à fait analogue à ce qui s'observe passagèrement chez le chien auquel on a injecté une quantité appropriée de peptone de Witte; stabilité anormale du système de coagulation par un excès d'antiprothrombine, stabilisation des plaquettes sanguines et modification de leurs propriétés de surface.

Ces nouvelles acquisitions permettront donc de se rendre mieux compte du mécanisme par lequel agissent des médicaments proposés contre l'hémophilie : transfusion du sang, peptone de Witte, etc.

P.-E. Morhardt.

THERAPIE der GEGENWART

(Berlin)

R. Leuchtenberger. *L'agranulocytose et son traitement* (*Therapie der Gegenwart*, tome LXXI, Avril 1930). — L. admet, comme Aubertin et Lévy, que l'agranulocytose constitue, non pas une maladie autonome, comme le croyait Schultz lors de sa première description, mais un syndrome, dont le seul élément constant est l'extrême leucopénie avec raréfaction plus ou moins marquée des granulocytes. Tous les autres éléments de la description de Schultz sont inconstants, car il y a des formes chroniques, des formes qui guérissent, des formes associées au purpura hémorragique, des formes sans nécrose, des formes sans ictère, etc. Les cas de Schultz ne représentent qu'une forme du syndrome. Schultz lui-même admet maintenant comme des agranulocytoses légitimes des cas qu'il éliminait autrefois. Enfin, à côté des formes dont l'étiologie reste inconnue, il en est de symptomatiques qui compliquent une grippe, une septicémie puerpérale, une lymphadénose aleucémique, une intoxication par un arsénobenzol (en particulier l'arsphénamine américaine ou le spirocide allemand). Il semble que la leucopénie soit, dans tous les cas, le symptôme initial, que les autres viennent compliquer.

En dehors des traitements symptomatiques que peuvent comporter les diverses manifestations de l'agranulocytose, il faut discuter surtout trois thérapeutiques, qui ont été essayées contre la leucopénie :

1° La radiothérapie du squelette à dose d'excitation (1/20 dose d'érythème) aurait permis à Friedmann, dans 3 cas, de constater une augmentation, — à vrai dire passagère, — des leucocytes, et, en particulier, des polynucléaires. L. a observé dans plusieurs cas des faits analogues. Mais Reye, Schultz, Aubertin et Lévy n'ont rien observé de tel;

2° La transfusion sanguine a donné des succès et même des guérisons à Zikowsky, à Otto Hoche, à Jagic et Spengler, mais Bautz, Feer n'en ont obtenu aucun résultat;

3° Les injections leucogènes (térébenthine, lait, etc.) paraissent encore moins efficaces.

Tous ces traitements sont purement symptomatiques et d'une efficacité discutable : les cas où ils semblent réussir sont rares à côté de ceux dans lesquels l'échec est complet.

La seule circonstance, dans laquelle on peut envisager un traitement pathogénique, est l'intoxication par les arsénobenzènes. Dans ce cas, un examen hématologique systématique et périodique des malades en traitement peut permettre de reconnaître à temps la leucopénie et de suspendre les injections nocives. L. rapporte l'observation d'un malade qui avait pris 36 gr. de spirocide en 72 jours, et qui commençait à se sentir mal à l'aise. Un examen hématologique montra que le chiffre des globules blancs était tombé à 1.500. L'arrêt immédiat du spirocide, combiné avec la radiothérapie, avec les transfusions sanguines et avec des injections de térébenthine, permit de faire remonter ce chiffre à 1.500 et d'augmenter le pourcentage des polynucléaires. J. Mouzon.

BRATISLAVSKÉ ŁEKARSKÉ LISTY
(Bratislava)

J. Ledényi (Bratislava). ***De la scoliose physiologique chez l'homme*** (*Bratislavské Lekarské Listy*, tome X, n° 4, Juin 1930). — La théorie de Hasse qui prétend expliquer la scoliose physiologique par l'inégale longueur des extrémités inférieures n'est pas satisfaisante. En effet la disparité des dites extrémités détermine, dans la partie lombaire de la colonne vertébrale, une scoliose primaire avec convexité dirigée vers la jambe plus courte et non vers la jambe plus longue, ce que prétendent Hasse et plusieurs autres après lui. La scoliose thoracique, de même cause, tourne sa convexité vers la jambe plus longue et non vers la plus courte, comme le veut Hasse : c'est une scoliose compensatrice, non primaire. La scoliose cervicale est une scoliose orthoptique compensatrice, dont la convexité est dirigée vers la jambe plus courte, comme pour la scoliose lombaire. La scoliose sacrée, enfin, tourne sa convexité vers la jambe plus longue et non vers la plus courte, comme l'a trouvé Hasse.

La scoliose physiologique n'est pas toujours bien marquée dans toutes les régions de la colonne vertébrale. Dans les cas de développement moyen, elle est localisée à la seule partie thoracique et constitue une déformation primaire; plus forte, elle atteint aussi les parties lombaire, cervicale et sacrée et y constitue une déformation secondaire compensatrice. Il convient donc de chercher la cause de la scoliose physiologique dans la colonne vertébrale thoracique.

Comme l'ont montré König et Kornfeld, les côtes du côté droit et du côté gauche ne sont pas de la même longueur chez l'embryon et le fœtus. Mais, tandis que les autres asymétries disparaissent lors de la naissance, celle-ci persiste; les côtes gauches sont plus longues dans 40 à 60 pour 100 des cas, les droites dans 15 à 20 pour 100; il y a égalité de dimensions dans le reste des cas. La différence de longueur est compensée par une flexion de la colonne vertébrale en forme de scoliose physiologique : scoliose droite si les côtes gauches sont plus longues, et inversement. A une disparité minime répond seulement une scoliose de la partie thoracique; les disparités prononcées entraînent des scolioses lombaire, cervicale et sacrée compensatrices. Le tableau se complique en outre d'une inclinaison du bassin, puis d'un allongement apparent de l'extrémité inférieure gauche dans le cas de scoliose droite, de l'extrémité inférieure droite dans le cas de scoliose gauche. Les extrémités supérieures prennent aussi une mauvaise position : le membre du côté de la convexité scoliotique est plus haut que l'autre, en raison de l'élévation de la même moitié du thorax.

Les scolioses provoquées par un maintien vicieux, par l'inégale longueur des jambes (dans des limites physiologiques, naturellement), par l'hypertrophie physiologique de certains groupes musculaires, etc., formeraient, pour ainsi dire, la transition entre les scolioses physiologiques et pathologiques; on pourrait les dénommer scolioses « habituelles » ou « professionnelles ».

ACTA MEDICA SCANDINAVICA
(Stockholm)

J. Mygge. ***Etude sur l'éclosion épidémique de l'influenza*** (*Acta Medica Scandinavica*, t. XXXII, 1930). — Pourquoi une maladie endémique, telle que la grippe l'est dans la plupart des pays, prend-elle un développement épidémique durant certaines années et non pendant d'autres? La perte d'une immunité acquise au cours des épidémies antérieures ne saurait être invoquée, les poussées épidémiques pouvant se succéder à court intervalle et des fluctuations prononcées pouvant se produire au cours d'une même épidémie. En réalité, les théories microbiennes sont incapables d'élucider la question.

Après Descroix, Azemann, Ruhemann, Nagelsen, M. soutient l'influence prépondérante des facteurs météorologiques.

Il a constaté tout d'abord que, d'après les statistiques danoises, particulièrement dignes de foi, la fréquence des cas de grippe depuis 1889 a été analogue à celle des maladies hivernales (trachéo-bronchite, broncho-pneumonie), mais que, de 1889 à 1922, ces cas ont montré une tendance plus ou moins prononcée à l'éclosion épidémique dont 9 fois dans le semestre d'hiver.

Or, pendant l'éclosion épidémique, des conditions météorologiques apéciales ont, semble-t-il, prévalu. On constate bien que si, à une période de temps plus ou moins anticyclonique, en succède une antre caractérisée par une faible insolation et des précipitations abondantes (averses, brouillards fréquents), il en résulte des conditions favorables à l'extension des maladies saisonnières hivernales, et aussi de la grippe. Mais cet état atmosphérique ne peut être regardé à lui seul comme responsable de l'éclosion épidémique de celle-ci. Dans la série des épidémies, d'après M., il faut faire intervenir avant tout les perturbations de l'électricité atmosphérique. Les bulletins météorologiques indiquent déjà la fréquence et l'importance des orages, aurores boréales, trombes, grêle, etc., aux époques d'éclosion épidémique. D'autre part, la détermination faite systématiquement par M. de 1900 à 1910, au moyen de l'électromètre capillaire, des échanges d'électricité entre l'air et le sol, principalement sous forme de charges par convection, montre que, pendant les deux hivers où se produisit une épidémie de grippe, les déviations de l'électromètre ont subi des oscillations considérables et prolongées, en désaccord avec la période annuelle de l'électricité atmosphérique ainsi qu'avec l'état météorologique régnant, alors que rien de semblable n'eut lieu pendant les hivers sans épidémies.

Toutefois les observations de M., faites en dehors des grandes épidémies de grippe, demandent encore confirmation.

Quant à l'influence des forces cosmiques (taches solaires, radiations émanées d'autres corps célestes), sur la genèse des pandémies grippales, il est actuellement impossible de la préciser. P.-L. Marie.

THE JOURNAL OF THE COLLEGE OF SURGEONS OF AUSTRALASIA
(Sydney)

N. D. Royle (Sydney). ***Les applications de la ramisection sympathique*** (*The Journal of the College of Surgeons of Australasia*, tome II, n° 3, Mars 1930). — La ramisection sympathique a été préconisée par R. en 1923 pour traiter les paralysies spasmodiques. Les résultats obtenus dans les premières opérations ont non seulement justifié cette méthode, mais en ont fait étendre les indications à un grand nombre d'autres affections.

Dans les paralysies spastiques de l'enfance, R. dit que la ramisection a été adoptée comme opération de choix dans un certain nombre d'hôpitaux importants et il cite l'opinion favorable de Wade (Sydney), von Lackum (New-York), Stewart (Los Angeles), Steindler (Iowa), Saito (Japon).

Chez l'adulte, les paralysies spastiques bénéficient de la ramisection dans 77 pour 100 des cas (Poate), chez des malades judicieusement choisis et avec l'aide d'un traitement orthopédique correct.

Dans la maladie de Raynaud, R. dit avoir été suivi par Adson et Brown, mais il se contente de la ramisection et n'enlève pas la chaîne sympathique. La ramisection est très efficace au membre inférieur. Au membre supérieur, elle l'est moins et R. conseille la section de la chaîne sympathique dorsale, entre le 1er et le 2e ganglion thoracique.

Dans la maladie de Buerger, même résultat favorable quand on opère assez tôt. R. rapporte brièvement l'observation d'un malade qui était très amélioré 3 ans 1/2 après l'opération.

Dans la maladie de Hirschsprung, Wade a pratiqué 13 fois la ramisection. La constipation est diminuée, mais la distension colique demeure. Wade opère à gauche et coupe le rameau blanc du 1er ganglion lombaire et la chaîne sympathique en regard de la 4e paire lombaire. Adson et Judd ont enlevé les deux chaînes sympathiques lombaires par voie transpéritonéale chez 2 malades, avec pareil succès.

Dans la crampe des écrivains, R. rapporte une observation de section du sympathique thoracique avec un succès datant de 6 mois.

Dans la paralysie infantile, les résultats sont décourageants et il vaut mieux s'abstenir.

Dans la chorée spasmodique, R. a fait 14 ramisections avec un résultat intéressant.

R. a recherché, chez la chèvre, les effets de la ramisection sur la nutrition de l'os. Chez l'homme, il a opéré un cas d'ostéite déformante qui s'améliora, ainsi qu'un énorme sarcome de l'extrémité inférieure du fémur qui diminua quelque peu de volume. R. Leibovici.

***

Erratum. — Dans *La Presse Médicale* du 9 Juillet 1930, n° 55 (*Revue des Journaux*, p. 97, col. 1), l'auteur du travail sur l'*Action des rayons X sur l'ovaire* est *M. Gricouroff* et non *Gricourt* comme il a été imprimé par erreur.

D'autre part, dans le même numéro (*Revue des Journaux*, p. 100, col. 3), à propos de l'*anesthésie de base par l'avertine*, il faut lire *0 gr. 1* (dix centigr.) et non *0 gr. 5* par kilogramme de poids du corps.

REVUE DES JOURNAUX

ANNALES DE MÉDECINE
(Paris)

Ch. Aubertin et R. Lévy. ***L'agranulocytose au cours du traitement antisyphilitique*** (*Annales de Médecine*, tome XXVII, n° 2, Février 1930). — A côté de la maladie de Schultz ou agranulatocytose pure, essentielle, il convient de classer, d'une part, des agranulocytoses symptomatiques et, d'autre part, des agranulocytoses avec anémie, avec thrombopénie et purpura, réalisant des syndromes hématologiques complexes dont l'origine peut également apparaître comme primitive ou secondaire. A. et L. étudient les agranulocytoses arsénobenzoliques, en faisant remarquer que d'autres arsenicaux et les sels bismuthiques peuvent aussi compter à leur actif des faits non douteux d'agraculocytose.

A côté des formes pures, peu fréquentes, en tout comparables à la maladie de Schultz, A. et L. décrivent des formes associées : agranulocytose avec syndrome hémorragique, agranulocytose avec anémie et syndrome hémorragique. Il existe enfin des formes frustes, qui sont plutôt des hypo-polynucléoses que des agranulocytoses. La guérison n'est pas exceptionnelle, notamment dans les formes frustes (60 pour 100 dans ces formes, 16,6 pour 100 dans les autres). La gravité du syndrome est en relation directe, au premier chef, non avec les troubles sanguins associés, mais bien avec le degré plus ou moins absolu de la carence granulocytaire. Dans les syndromes hématologiques complexes, c'est l'agranulocytose qui, en dernière analyse, règle le pronostic.

Dans la plupart des cas relatés, les cures arsénobenzoliques semblent avoir été régulièrement conduites et les doses usuelles non outrepassées ; il faut donc incrimer une prédisposition individuelle — sol hématique de P.-E. Weil et Pollet —, alors que le rôle étiologique de la syphilis ne paraît pas essentiel.

C'est le groupe benzol qui semble surtout toxique pour le sang et particulièrement pour les granulocytes. L. Rivet.

R. Benda. ***De l'emploi de l'adrénaline au cours des états hémorragiques et dans les maladies du sang*** (*Annales de Médecine*, tome XXVII, n° 2, Février 1930). — B. envisage successivement l'emploi de l'adrénaline au cours des états hémorragiques, en tant qu'agent hémostatique, puis son emploi au cours des états anémiques, en tant qu'agent de reglobulisation.

Dans les hémorragies, et notamment les hémoptysies, on a reproché à l'adrénaline ses effets vasodilatateurs secondaires, l'inconstance de ses effets, surtout son action hypertensive. Avant de recourir à l'adrénaline, il convient de mesurer la tension artérielle et de réserver l'emploi de l'adrénaline s'il y a hypertension.

Le mécanisme de l'action reglobulisante de l'adrénaline a été remis à l'ordre du jour par les récents travaux sur la spléno-contraction adrénalinique déclanchant une polyglobulie de mobilisation, mécanisme bien difficile à démontrer chez l'homme. Avec Cl. Testu, B. a noté une très grande variabilité dans les modifications des chiffres de globules rouges observées chez l'homme normal, à la suite de l'injection d'un milligramme d'adrénaline. Il est vrai que l'adrénaline peut tout aussi bien, dans les états anémiques, influencer d'autres organes que la rate, notamment les capsules surrénales.

Quoi qu'il en soit, l'adrénaline, même en injection, ne saurait remplacer ou égaler la transfusion sanguine, mais elle peut lui constituer un précieux auxiliaire, en tant que médication hémostatique avant la transfusion, en tant que préventive du risque de choc, enfin, en prolongeant, par son action reglobulisante, les bons effets de la transfusion. L. Rivet.

ARCHIVES MÉDICO-CHIRURGICALES DE L'APPAREIL RESPIRATOIRE
(Paris)

G. Dersheid et Toussaint (La Hulpe, Belgique). ***Etude des déformations gastriques survenant à la suite des anomalies dans la forme et la situation du diaphragme*** (*Archives médico-chirurgicales de l'Appareil respiratoire*, tome IV, n° 5, Septembre 1929). — Les déformations gastriques consécutives aux altérations dans la forme ou la situation de la coupole diaphragmatique constituent un phénomène fréquent et parfois très marqué. Ces déformations ont été retrouvées nettes dans 68 pour 100 des cas de phrénicectomie gauche, plus discrètes dans 8 pour 100 des cas, soit un total de 76 pour 100

Les altérations présentent des images variées que l'on peut grouper suivant 3 types principaux : 1° celui de la biloculation transversale par repli de la petite courbure, réalisant une série d'images, depuis celle presque normale en coupe de champagne, jusqu'à la biloculation franche en deux poches presque égales ; 2° celui de la biloculation antéro-postérieure, par repli de de la face antérieure, qui donne des images analogues de profil ou en position O. A. G ; 3° celui du repli œsophagien, qui se combine le plus souvent à une biloculation transversale plus ou moins marquée. L'intensité de ces déformations ne semble pas directement influencée par le degré d'élévation de la coupole.

Sur 18 pleurétiques gauches, D. et T. ont observé 4 déformations atténuées, comportant toutes le type biloculaire transversal.

Sur 8 pneumothorax artificiels gauches symphysés, ils ont observé 3 déformations : 1 de type œsophagien et 2 de type biloculaire transversal.

Ces déformations ne sont pas dues à un spasme, elles ne cèdent pas à l'épreuve de l'atropine. Il s'agit d'une déformation d'origine extrinsèque. L'observation clinique et une autopsie ont permis d'expliquer ainsi les 3 types de déformations. Le défoncement diaphragmatique postérieur détermine une traction sur la face postérieure de l'estomac par le ligament suspenseur et un repli consécutif de la face antérieure produisant la biloculation antéro-postérieure. Le défoncement latéral exerce une traction sur la grande courbure de l'estomac par l'intermédiaire de la rate et de son ligament suspenseur, un repli de la petite courbure et une biloculation transversale.

Les déformations gastriques constatées radiologiquement à la suite des altérations du diaphragme résultent d'un déséquilibre dans l'action conjuguée des tractions ligamentaires.

Robert Clément.

J. Rouget et A. Lemariey. ***Étude pathogénique, clinique et thérapeutique des accidents respiratoires secondaires aux corps étrangers trachéo-bronchiques*** (*Archives médico-chirurgicales de l'Appareil respiratoire*, tome IV, n° 5, Septembre 1929). — Les corps étrangers trachéobronchiques, que l'on observe le plus souvent chez l'enfant, donnent lieu à des accidents respiratoires réflexes, mécaniques ou infectieux.

Les accidents réflexes sont déterminés par la pénétration du corps étranger ou par les déplacements qu'il subit dans les voies aériennes. La pénétration s'accompagne souvent d'un accès de suffocation subite et brutale, avec tirage, entrecoupé de quintes de toux intense, explosive, coqueluchcuse, pouvant aller jusqu'à l'asphyxie ou jusqu'à l'ictus laryngé. La défense de l'arbre trachéobronchique se manifeste par un réflexe d'occlusion laryngé ou par un réflexe tussigène. Ce dernier reste le plus souvent impuissant à expulser le corps étranger, et il s'émousse en 1/4 d'heure ou une 1/2 heure. La présence du corps étranger va déterminer une hypersécrétion réflexe de la muqueuse bronchique dont l'accumulation entraînera la reprise de quintes intermittentes suivies d'expectoration. Ce syndrome réflexe peut manquer.

Les accidents réflexes primitifs cessent dès que le corps étranger est enclavé dans les voies aériennes. On peut observer des accidents réflexes secondaires lorsqu'il s'agit de corps étrangers mobiles, particulièrement de corps étrangers trachéaux. Les accidents se renouvellent suivant un cycle irrégulier sous forme d'accès de toux, de crise de suffocation, alternant avec des périodes de respiration calme.

Les accidents mécaniques sont des accidents d'obstruction complète ou incomplète. L'obstruction complète est particulièrement grave du fait qu'elle est réalisée le plus souvent par des corps organiques, des grains gonflant sur place, septiques et putrescibles. Le syndrome clinique unilatéral — immobilisation du thorax et silence —, les symptômes radiologiques, surtout après injection intratrachéale de lipiodol, confirment le diagnostic. Dans quelques cas, on observe des hémoptysies, le plus souvent bénignes, un emphysème médiastinal et sous-cutané.

Les accidents infectieux sont fonction de la nature du corps étranger et du degré de l'obstruction bronchique. Ils vont de la bronchite simple à la broncho-pneumonie et à l'abcès du poumon. On peut avoir des accidents tardifs du fait de corps étrangers peu septiques demeurés latents. Le diagnostic est basé sur les signes mécaniques de l'obstruction, les signes d'infection en foyer au contact du corps étranger et sur la radiographie, simple ou après injection de lipiodol, qui a une valeur localisatrice.

Tout corps étranger trachéo-bronchique provoquant des accidents aigus ou chroniques doit être extrait par bronchoscopie. Le corps étranger étant en vue, on le désenclave et on pratique l'extraction à travers le tube, ou on ramène ensemble tube et corps étranger. Robert Clément.

REVUE DE LA TUBERCULOSE
(Paris)

R. Burnand (Lausanne). ***Le pneumothorax « insatiable »*** (*Revue de la Tuberculose*, 3e série, tome XI, n° 3, Mars 1930). — Dans les cas envisagés, le pneumothorax est pratiqué aisément, donnant un bon collapsus, mais le gaz insufflé se résorbe avec une telle rapidité que les réinsufflations doivent être singulièrement rapprochées et qu'à chaque fois le pneumothorax est pour ainsi dire à recréer : c'est un véritable « pneumo des Danaïdes ».

Il ne faut incriminer ni des insufflations pratiquées dans le poumon, ni des perforations larges et permanentes, ni songer à des pneumothorax grands partiels invisibles à l'écran en examen frontal.

Ces cas s'observent environ 4 à 5 fois sur 40 à 50 pneumothorax nouveaux. Or, il s'agit toujours de pneumothorax institués pour remédier à une lésion, minime ou assez vaste, mais très localisée, affectant un poumon qui, dans la plus grande partie de sa masse, a conservé sa transparence radiologique, et probablement son intégrité fonctionnelle. La lésion est généralement une cavernule ou une ca-

verne qui ne s'accompagne d'aucun phénomène d'infiltration péricavitaire et dont le début est de date récente. Dès lors, tout se passe comme si un pneumothorax artificiel était créé autour d'un poumon totalement sain. Dans ces cas voisins de l'état physiologique, la plèvre et la corticalité pulmonaire ont conservé, avec une vascularisation capillaire normale, une capacité d'absorption gazeuse extrêmement active et efficiente.

S'il n'en est pas ainsi dans le pneumothorax accidentel « des conscrits », c'est que celui-ci est généralement un pneumothorax à soupape et que la rupture spontanée de la plèvre entraîne habituellement un processus irritatif qui modifie la capacité d'absorption de la séreuse.

L'insatiabilité pleurale entraîne un sérieux obstacle à la collapsothérapie, et le poumon, ainsi alternativement affaissé et dilaté, en accordéon, n'est plus dans les conditions cherchées de la « mise au repos ». Certains de ces pneumos donnent cependant de très réels succès. Le pire inconvénient est, en l'absence d'une cicatrisation rapide de la lésion à traiter, le risque d'une adhérence prématurée et indésirable des feuillets pleuraux. Mais on peut espérer voir à la longue la plèvre se « tanner » légèrement sous l'influence de l'irritation gazeuse et perdre enfin sa porosité excessive. Ce qui mettrait le plus sûrement fin à cette particularité serait l'apparition d'un exsudat pleural, modificateur puissant de la séreuse. Dans ce but, M. Gilbert a suggéré l'injection intrapleurale de 10 à 20 cmc d'huile goméuolée à titre d'irritant.

L. Rivet.

ARCHIVES DES MALADIES DU CŒUR DES VAISSEAUX ET DU SANG (Paris)

M. Petzetakis et Vlalchlis. *L'action vagotrope de l'adrénaline en injection intraveineuse* (*Archives des maladies du Cœur, des Vaisseaux et du Sang*, tome XXIII, nº 5, Mai 1930). — Dans cette étude faite à l'aide de la méthode électro-cardiographique, les auteurs étudient l'action de l'adrénaline en injections intraveineuses sur le rythme cardiaque.

Cette étude confirme les résultats antérieurs de Petzetakis, qui avait constaté l'action *amphotrope de l'adrénaline* mais à prédominance vagotrope.

Dans cette nouvelle étude et sous le contrôle électro-cardiographique on observe, à la suite des injections intraveineuses d'adrénaline chez l'homme (dose de 1/4, 1/2 — 0,001), une *très courte phase d'accélération*, suivie très rapidement d'un *ralentissement important du rythme*; pendant cette période on constate des *troubles de la conductibilité auriculo-ventriculaire*, une dissociation complète (block adrénalinique).

En même temps on observe des extrasystoles du type droit ou gauche. A remarquer qu'avant l'installation du rythme normal on constate une *alternance* du complexe ventriculaire (de l'ondulation R) et aussi des modifications de l'ondulation P, qui devient très souvent négative.

La conclusion est nette : *la phase vagotrope de l'adrénaline pendant l'injection intraveineuse est manifeste*, alors que la phase d'excitation du sympathique est initiale, et de très courte durée.

LE JOURNAL DE MÉDECINE DE LYON

J. Voron et H. Pigeaud. *Etude des éléments de pronostic dans les vomissements graves de la grossesse* (*Journal de Médecine de Lyon*, tome XI, nº 252, 5 Juillet 1930). — Les vomissements graves de la grossesse sont, à leur début, essentiellement caractérisés par l'existence de vomissements du type alimentaire, quotidiens, persistants, accompagnés d'un amaigrissement contrôlé et trouvé supérieur à plusieurs kilogr. En outre le diagnostic de « vomissements graves » ne peut être porté que s'il existe de l'acétonémie. Chez de telles malades le taux du coefficient de Maillard est toujours notablement supérieur à la normale.

Une thérapeutique obstétricale ne peut être envisagée que si la malade a été traitée médicalement de manière correcte, c'est-à-dire, au préalable, isolée dans une clinique ou à l'hôpital.

Si, malgré le dépaysement et la mise en œuvre réelle d'un traitement psychothérapique, le syndrome « vomissements graves » n'est pas amélioré, il est légitime d'envisager l'interruption de la grossesse. Cette décision ne sera prise que lorsque l'analyse des différents éléments de pronostic aura montré leur évolution défavorable convergente.

Parmi ces éléments de pronostic, ceux qui paraissent présenter la plus grande valeur sont : l'accélération permanente du pouls, un amaigrissement quotidien persistant au taux de 500 gr , l'apparition d'un ictère, une acétonémie progressive et enfin l'élévation du taux du coefficient de Maillard au-dessus du chiffre 25.

La valeur du taux du coefficient de Maillard, en particulier, paraît être un élément de pronostic de premier ordre. Ce coefficient a en outre le grand avantage de s'exprimer facilement en chiffres, rendant possible la construction d'une courbe précise, dont l'orientation semble posséder une réelle valeur, valeur qui dans 12 observations rapportées par V. et P. n'a jamais été trouvée en défaut.

(Rappelons que le *coefficient de Maillard* est représenté par la formule.

$$\frac{\text{Azote titrable au formol}}{\text{Azote titrable à l'hypobromite}} \times 100,$$

L'azote titrable au formol représentant l'Az ammoniacal plus l'Az des acides aminés; l'azote titrable à l'hypobromite représentant l'Az ammoniacal plus l'Az uréique plus l'Az des acides aminés).

F.-J. Collet (Lyon). *Réflexe œsophago-vasomoteur* (*Journal de Médecine de Lyon*, t. XI, nº 253, 20 Juillet 1930). — Chez certains sujets, la dilatation de l'œsophage produit une vaso-dilatation des téguments du thorax se traduisant par l'apparition de larges placards rouges. Le phénomène ne se produit pas immédiatement après la mise en place de la sonde; il demande quelques minutes et il persiste une vingtaine de minutes, après quoi les taches pâlissent progressivement. Il ne faut donc pas le confondre avec la congestion de la face et du cou qui succède immédiatement aux secousses de toux et aux efforts de vomissements quelquefois provoqués par la mise en place de la sonde et la traversée du pharynx. A mesure que la dilatation du rétrécissement œsophagien fait des progrès, le phénomène s'atténue, mais il reparaît si l'on reprend la dilatation après quelques jours d'interruption ou si l'on utilise une sonde plus grosse.

Il s'agit d'un réflexe vaso-dilatateur; il se double d'un réflexe œsophago-cardiaque (tachycardie) et d'un réflexe œsophago-salivaire d'ailleurs connu depuis longtemps : la salive recueillie pendant l'épreuve, dont le volume atteint 200 cmc et plus, est excessivement visqueuse et possède les caractères attribués par les physiologistes à la salive du sympathique. De ces trois réflexes il semble bien que le salivaire soit le plus fréquent, le plus facile à obtenir, le cardiaque moins, le vaso-moteur moins encore, puisqu'il manque dans des expériences où le réflexe cardiaque avait été constaté, le salivaire ne manquant presque jamais.

Peut-on tirer de ces expériences de physiologie humaine quelques conclusions pratiques ? Elles se traduisent en réalité à assez peu de chose.

Puisqu'il s'agit d'un réflexe de distension, puisque cette action sur le grand sympathique se traduisant par des effets vaso-moteurs et cardiaques est due à la dilatation du conduit, il semble qu'il faille s'abstenir de pratiquer d'emblée une distension trop brusque de l'œsophage. C. a en connaissance autrefois d'un cas de syncope blanche mortelle par l'exploration de l'œsophage avec une grosse olive. Il faut donc ne pas commencer par une sonde trop grosse.

La notion du réflexe œsophago-cardiaque tendrait aussi à établir une préférence en faveur des œsophagoscopes de petites dimensions auxquels on reproche d offrir moins de commodité pour opérer : Il est incontestable que, pour enlever un corps étranger fortement enclavé, on aime être au large le plus possible; pour un simple examen, pour une biopsie cela est moins indispensable. Il ne faudrait d'ailleurs pas exagérer l'importance de cet inconvénient puisque le réflexe s'atténue par une dilatation répétée et progressive et que ces essais d'application à la technique ne peuvent viser que la dilatation brusque.

J. Rebattu et J. Dechaume (Lyon). *Les lésions anatomiques dans la paralysie des dilatateurs de la glotte* (*Journal de Médecine de Lyon*, t. XI, nº 253, 20 Juillet 1930). — L'autonomie nosographique de la paralysie des dilatateurs de la glotte ne peut être contestée, malgré les discussions soulevées il y a quelques années. C'est la paralysie tabétique par excellence. Mais, ainsi que l'ont établi, en 1922, Lermoyez et Ramadier à Paris et Collet à Lyon, elle peut se voir dans la syphilis en dehors du tabes : toute paralysie respiratoire du larynx qui ne fait pas sa preuve étiologique doit être considérée comme d'origine syphilitique. D'où la nécessité d'un traitement spécifique rapide et intensif, souvent suivi d'excellents résultats.

Ce qui reste en suspens, c'est le siège exact des lésions qui réalisent ce syndrome. S'agit-il d'une névrite bilatérale, de méningo-vascularite, de lésions nucléo-bulbaires ou encore d'une épendymite du plancher du 4e ventricule ou de l'aqueduc de Sylvius, suivant l'hypothèse de Collet? L'examen histologique que R. et D. ont eu l'occasion de pratiquer chez un sujet ayant succombé peu de jours après une trachéotomie nécessitée par une paralysie des dilatateurs, leur a montré, avec l'intégrité des méninges, une légère prolifération des cellules du revêtement épendymaire dans le tiers inférieur du bulbe et surtout des lésions vasculaires inflammatoires encore en activité, au voisinage des centres bulbaires du X et du XI, notamment de la région rétro-olivaire, au contact même des fibres radiculaires, entre leur origine nucléaire et leur émergence bulbaire.

Il est possible que des lésions siégeant en un point différent, quoique assez voisin, des voies dilatatrices, puissent réaliser aussi la paralysie des dilatateurs. Mais il est certain que, ainsi que dans l'observation anatomo-clinique ci-dessus, la lésion anatomique peut consister en des lésions vasculaires siégeant dans le bulbe, autour des fibres radiculaires du X et du XI, entre leur origine nucléaire et leur émergence hors du bulbe.

Il faut noter, en outre, le caractère inflammatoire récent, encore en évolution, des lésions vasculaires : liquide œdémateux, distendant les gaines, manchons lymphocytaires périphériques, sans lésions d'endartérite. Il s'agit donc de lésions en pleine évolution, susceptibles de régression : ce qui permet de comprendre l'heureuse action du traitement spécifique et les guérisons cliniques qu'il peut donner.

R. Mayoux (Lyon). *La syphilis de l'oreille moyenne* (*Journal de Médecine de Lyon*, t. XI, nº 253, 20 Juillet 1930). — La syphilis de l'oreille moyenne est peu étudiée et la plupart des auteurs s'accordent pour en contester l'existence. Nous ne possédons pas, en effet, pour la syphilis le critérium si précis qu'est l'inoculation au cobaye dans la tuberculose; d'autre part, le traitement d'épreuve n'agit guère dans la syphilis héréditaire et, dans la syphilis acquise, il est impuissant contre les sclé-

roses très anciennes ; enfin la fréquence des infections secondaires gêne souvent son action.

Il est cependant certain que la syphilis de l'oreille moyenne est plus fréquente qu'on ne l'admet habituellement. Certains faits sont indiscutables.

La fréquence de l'otite suppurée chez les hérédo-syphilitiques, et surtout les circonstances dans lesquelles elle apparaît, permettent, dit M., d'affirmer que la syphilis peut léser l'oreille moyenne aussi bien que l'oreille interne. Il n'y a donc aucune raison pour ne pas reconnaître comme syphilitiques les otites moyennes suppurées guéries par le traitement d'épreuve que l'on rencontre chez les adultes.

La fréquence des lésions de sclérose tympanique chez les hérédo-syphilitiques autorise de même à rechercher aussi une étiologie syphilitique dans les cas d'otite sèche sans lésion rhino-pharyngée.

Enfin, il est possible que certaines surdités de la transmission, sans lésions tympaniques, soient dues à la syphilis. Le peu que l'on connaisse de l'anatomie pathologique de la syphilis de l'oreille permet, en effet, de penser que la capsule osseuse du labyrinthe en est un des lieux d'élection, aussi bien que de l'otospongiose.

LE SUD MÉDICAL ET CHIRURGICAL

(*Marseille*)

S. Icard (Marseille). ***Les signes de la mort par submersion; quelques moyens pour faciliter leur recherche; examen du canal lacrymo-nasal*** (*Le Sud médical et chirurgical*, tome LXI, n° 2002, 15 Décembre 1929). — Chez l'enfant qui vient de naître, le canal lacrymal n'est pas perméable : il est ouvert à sa partie inférieure comme à sa partie supérieure, mais *la lumière en est occupée par un bouchon muco-graisseux* formé d'un magma jaunâtre constitué par les cellules épithéliales dégénérées de la couche la plus interne de la muqueuse. Ce bouchon remonte quelquefois très haut et remplit même tout le canal. Quelle que soit, d'ailleurs, sa longueur, il obture presque toujours l'orifice d'abouchement du canal au niveau du méat inférieur. Le courant d'air, qui s'établit dans les fosses nasales dès les premiers mouvements respiratoires, appelle de ce côté le magma obturateur : celui-ci s'écoule peu à peu, la partie qui reste adhérente aux parois se résorbe, et bientôt le canal devient perméable. Il faut, en moyenne, 2 ou 3 jours pour que le canal lacrymal se débarrasse complètement du bouchon qui l'obture et permette le libre écoulement des liquides.

Puisque le bouchon qui obture le canal lacrymo-nasal ne se détache pas avant un certain nombre de jours, l'infanticide ayant lieu généralement au moment de la naissance ou peu après, le bouchon est encore en place au moment où le crime est accompli. On doit donc le retrouver à l'autopsie, à moins que les moyens employés pour perpétrer le crime n'aient déterminé son expulsion prématurée. Or, l'asphyxie provoquée par le seul obstacle mécanique apporté à l'arrivée de l'air peut s'accompagner de l'expulsion forcée du bouchon et *rendre le canal lacrymo-nasal immédiatement perméable*. L'enfant, en effet, à mesure qu'il suffoque, fait des appels d'air violents, toutes les forces de son organisme entrent en jeu, jusqu'à épuisement complet, pour provoquer des mouvements d'inspiration. Mais le vide thoracique déterminé par ces mouvements énergiques d'inspiration n'est pas comblé, les ouvertures naturelles de l'entrée de l'air dans le poumon restant obstinément fermées. A ce moment que se passe-t-il du côté du canal lacrymo-nasal? Le bouchon qui l'obstrue supporte des pressions différentes : en bas, du côté où il se trouve en contact avec l'air raréfié des voies respiratoires, la pression est plus faible; en haut, du côté où il se trouve en contact avec l'air atmosphérique, la pression est plus forte. Cette différence de pression agit de haut en bas, et, à chaque effort inspiratoire que fait l'enfant, le bouchon est repoussé vers les fosses nasales comme par un coup de piston et il finit par se détacher et s'échapper en totalité. Dans le cas de suspicion d'infanticide par asphyxie, (suffocation, immersion, ou enfouissement), on est donc autorisé à considérer comme une *présomption en faveur de l'infanticide la perméabilité précoce du canal lacrymo-nasal chez un enfant que la mère déclare être mort-né ou n'avoir vécu quelques heures.*

Ajoutons qu'en cas d'asphyxie par immersion, on retrouvera dans le canal lacrymo-nasal le liquide dans lequel aura baigné le noyé et qui aura pénétré dans ce canal par aspiration.

GAZETTE HEBDOMADAIRE des SCIENCES MEDICALES DE BORDEAUX

Henri-Fischer (Bordeaux). ***Réanimation après 3/4 d'heure de respiration artificielle*** (*Gazette hebdomadaire des Sciences médicales de Bordeaux*, tome LI, n° 30, 27 Juillet 1930). — L'observation suivante démontre, en premier lieu, tout le secours que l'on peut attendre de la respiration artificielle de longue durée, et, en outre, les doses médicamenteuses extraordinaires qu'un sujet est susceptible de supporter avec le plus grand succès.

Il s'agit d'un homme de 37 ans qui, depuis 1 an 1/2, présente des crises d'asthme subintrantes, avec coryza spasmodique. Toutes les ressources thérapeutiques ont été épuisées sans amélioration persistante. Un soir, il est pris brusquement, après une mauvaise journée, d'une crise asphyxique très rapide qui nécessite de la part de l'infirmière une injection d'éther, suivie bientôt de caféine et d'huile camphrée. Devant la gravité et la rapidité du mal, l'infirmière tente même une saignée. H. F. arrive chez le malade 5 minutes après le coup de téléphone. Il se trouve en présence d'un homme qui se meurt par asphyxie aiguë. Son teint, qui avait été violacé, est devenu blanc nacré. On fait à la hâte une saignée, mais le sang, très épais, coagulé, sort difficilement. Au même moment, le sujet, qui était au bord du lit, tombe sur le plancher, avec arrêt complet de la respiration et des battements cardiaques. Alors H.-F. tente la respiration artificielle suivant la méthode de Howard, puis de Sylvester. Tandis que l'on envoie de l'oxygène au malade, l'infirmière pratique des injections sous-cutanées et administre ainsi, réparties dans l'espace de 3/4 d'heure de respiration artificielle, les doses formidables suivantes : éther 40 cmc, caféine 5 ampoules à 0,20, spartéine 4 ampoules à 0,05, adrénaline 3 ampoules, huile camphrée 10 cmc.

A la suite de ces deux traitements simultanés, le malade, revenant peu à peu à la vie, peut être replacé dans son lit, entouré de bouillottes et, à ce moment, on fait de l'ouabaïne intraveineuse qui remet son cœur à peu près en état.

Chose incroyable : quand le malade revint à lui, sa respiration asthmatiforme réapparut. Le professeur Cassaët, qui eut l'occasion, à ce moment-là, d'examiner le malade, conclut à des accidents de dilatation cardiaque brutale.

BULLETIN de la SOCIÉTÉ MÉDICO-CHIRURGICALE DE L'INDOCHINE

(*Hanoï*)

Daléas et Hasle. ***Accouchement d'un enfant sain au cours d'une rage*** (*Bulletin de la Société médico-chirurgicale de l'Indochine*, t. VIII, n° 3, Mars 1930). — Une femme enceinte, à terme, entre à la Maternité de Hué en plein travail de l'accouchement.

La parturiente a 39°5 de température rectale. Elle est délirante, ne répond pas aux questions posées. Extrêmement inquiète, elle sursaute et pousse des cris de frayeur au contact de l'eau ou d'un courant d'air sur sa figure. Deux heures après, elle accouche normalement d'un beau garçon vivant et bien conformé de 3 kilogr. 100. Le délivre suit bientôt, tout à fait normal (500 gr.). Le délire et l'agitation continuent après l'accouchement jusqu'à 8 heures du soir, heure à laquelle la femme meurt.

La famille avait parlé d'une morsure de chien suspect de rage, reçue environ trois semaines auparavant. On inocule à un lapin un fragment du bulbe prélevé tout de suite après la mort : le lapin meurt nettement enragé.

L'enfant a été conservé pendant 3 mois à la Maternité, où il a été élevé au biberon. Il s'y portait et poussait fort bien, lorsque sa grand'mère l'a enlevé. 3 jours après, il mourait chez elle de gastro-entérite aiguë.

C'est un cas intéressant d'accouchement d'un enfant vivant au cours de la rage. La maladie a provoqué l'expulsion du fœtus (d'ailleurs aux environs du terme), comme toute autre infection généralisée; mais l'enfant était sain et vivait fort bien, contrairement à ce qui se passe habituellement.

Il est intéressant de noter ce fait au cours de la rage, car il semble vérifier la théorie que les toxines de celle-ci ne se propageraient pas par voie sanguine.

Cette observation devrait cependant, pour avoir une valeur scientifique réelle, être complétée par la vérification de la réceptivité de cet enfant à une inoculation directe. On comprend les scrupules des auteurs qui leur ont fait sacrifier cette curiosité scientifique à des considérations plus immédiatement humaines.

JOURNAL DES PRATICIENS

(*Paris*)

Noël Fiessinger. ***Traitement de la constipation par le son*** (*Journal des Praticiens*, tome XLIV, n° 12 *bis*, 26 Mars 1930). — Le blutage moderne des farines a rendu plus utile que jamais le traitement de la constipation par le son qui donne fréquemment d'excellents résultats.

Le son est l'épisperme du froment. Il contient presque toute la cellulose du grain. Les hydrates de carbone indigestibles du groupe des celluloses, les fibres végétales et les pentosanes, ont une action laxative par leur masse. Les cendres, qu'on trouve dans la proportion de 6 pour 100, possèdent du magnésium et du soufre dont les qualités laxatives sont connues; de plus, le son contient une substance composée d'un hydrate de carbone et de phosphore, la phytine, qui est douée des mêmes propriétés.

Expérimentalement, les propriétés laxatives du son ont été contrôlées sur le chien, le lapin, le rat.

Le son est le résultat final des broyages successifs auxquels est soumis le grain de blé. Il comprend 3 couches : une enveloppe externe ou péricarpe formée de trois membranes minces de consistance ligneuse; une couche plus ou moins brune qui donne au grain sa couleur; une couche plus épaisse formée de cellules cubiques qui renferment de l'aleurone, matière albuminoïde, et de la céréaline, sorte de diastase ou ferment soluble.

Dans le commerce, on trouve du gros son, du son moyen et du son fin ou recoupettes. Le gros son et le son moyen sont les plus purs car les sons fins contiennent toujours en mélange du germe de blé aplati et souvent des impuretés diverses. Beaucoup de moulins modernes « conditionnent » les blés avant mouture pour faciliter le travail du boulanger. Dans cette opération, le son supporte une température assez élevée qui doit modifier la composition et la faculté de fermentation de la céréaline. Il faut éviter ce genre de son ainsi que les sons très « curés » produits par certaines usines

qui enlèvent une très forte partie de céréaline.

Le moulin moderne, en épurant la farine de toute impureté, permet d'avoir un pain blanc excellent, mais qui a perdu complètement les propriétés laxatives du pain complet.

Comme traitement de la constipation, le plus simple serait d'utiliser le pain bis qui subit un blutage de 25 à 30 pour 100 et le pain complet dont le blutage est à 10 pour 100. Mais les malades se lassent vite des pains noirs, car il est difficile de les avoir chaque jour frais; souvent ils sont durs et leur ingestion s'accompagne souvent d'hyperchlorhydrie.

Le son sous forme de bouillie est mieux toléré. On peut aussi ajouter une cuillerée de son cru à une compote de pruneaux.

C'est surtout la constipation gauche qui constitue la principale indication du son, mais il peut guérir aussi de grosses constipations droites.

La constipation rebelle de certaines colites muco-membraneuses est très favorablement influencée par ce traitement.

Les affections organiques de l'estomac et de l'intestin — sténose, cancer, ulcère, appendicite — sont autant de contre-indications.

32 cas de constipations rebelles ont été ainsi guéris depuis 2 ans.

ROBERT CLÉMENT.

REVUE BELGE DES SCIENCES MÉDICALES

(Louvain)

J. Dierick. ***Recherches expérimentales sur les épreuves fonctionnelles du système réticulo-endothélial; l'épreuve au rouge Congo de Adler et Reimann*** (*Revue belge des Sciences médicales*, tome 1, n° 8, Septembre-Octobre 1929). — Au système réticulo-endothélial ont été attribués un certain nombre de fonctions. On lui assigne un rôle dans l'hématopoïèse et la destruction sanguine, dans la biligénie et le métabolisme du fer, dans le métabolisme des lipoïdes et dans les processus de défense organique.

D. a cherché à mesurer la fonction granulo- et chromopexique du système réticulo-endothélial qu'il considère comme la plus caractéristique. Il a utilisé, dans ce but, l'épreuve au rouge Congo préconisée par Adler et Reimann qui consiste à mesurer le degré de rétention du colorant, après une injection intra-veineuse d'une solution de rouge Congo à 1 pour 100 dans l'eau physiologique, à la dose de 10 milligr. de colorant par kilogr. Il s'est adressé au lapin pour ses recherches expérimentales et a utilisé deux méthodes d'investigation : la splénectomie et la méthode dite de blocage qui consiste « à tâcher de saturer les cellules réticulo-endothéliales à l'aide d'injections plus ou moins massives ou répétées des divers colloïdes électro-négatifs qui présentent pour ces cellules une affinité spéciale » tels que l'encre de Chine, le saccharate de fer, le collargol, le bleu trypan, le bleu de pyrrol et le carmin lithiné.

Il existe, chez le lapin, d'assez grandes différences individuelles dans la vitesse de disparition du rouge Congo injecté dans le sang, mais le taux d'élimination reste sensiblement le même chez un animal déterminé.

La gestation produit, après une première période de retard, une augmentation nette du quotient d'élimination qui disparaît progressivement après la mise bas.

La splénectomie est suivie d'une accélération d'élimination qui peut durer plusieurs mois, mais celle-ci tend à revenir à la normale.

L'encre de Chine, le collargol, le saccharate de fer produisent un effet stimulant ou « bloquant » suivant la dose injectée; l'intervalle de temps qui sépare les injections a aussi une grande importance.

La thyroxine accélère notablement la disparition du rouge Congo; l'adrénaline, l'éphédrine, la pilocarpine, l'acétylcholine, l'ergotamine, l'atropine et l'histamine la ralentissent.

La ligature du cholédoque produit une rétention immédiate du colorant qui va en s'accentuant; l'extirpation de la plus grande partie du foie agit de même.

Le rose Bengale s'élimine par le foie beaucoup plus rapidement que le rouge Congo; il est plus sensible que le rouge Congo à l'action du blocage par l'encre de Chine. Son élimination peut être accélérée par la thyroxine; la splénectomie peut l'inhiber passagèrement.

ROBERT CLÉMENT.

BRUXELLES MÉDICAL

J. Govaerts. ***Etude de la cholestérinémie maternelle et fœtale; considération sur l'ictère du nouveau-né*** (*Bruxelles médical*, tome X, n° 35, 29 Juin 1930). — L'hypercholestérinémie gravidique est un fait bien établi, mais dont l'interprétation reste encore très obscure. G. a pratiqué le dosage comparatif de la cholestérine dans le sang du cordon ombilical à la naissance et dans le sang maternel recueilli peu de temps avant l'accouchement.

Au cours d'une série de 37 dosages, la teneur moyenne en cholestérine du sang maternel est de 2,89 pour 1000, avec, comme limite extrême, 1,50 à 5 gr. Pour le sang du cordon, la moyenne est 0,74 pour 1000, avec, comme limite extrême, 0,40 et 1,65.

L'hypercholestérinémie maternelle est souvent très nette, mais elle n'est pas constante. La cholestérinémie fut supérieure à 2 gr. dans 28 cas sur 37, normale dans 6 cas, faible dans 3 cas.

Il n'y a pas de rapport net entre la teneur en cholestérine des sangs maternel et fœtal Entre les deux circulations le placenta joue-t-il un rôle de barrière, est-il un organe de réserve ou de production du cholestérol? Dans 8 cas, la richesse moyenne du placenta en cholestérol fut de 2,11 pour 1000, oscillant entre 1,80 et 2,80, par conséquent analogue au taux du cholestérol tissulaire.

L'hypocholestérinémie fœtale est la règle. Il se peut que le fœtus emprunte à la mère la cholestérine qui lui est nécessaire, mais il est infiniment probable qu'une autre partie de celle-ci résulte d'une synthèse effectuée au niveau des organes du fœtus, particulièrement des glandes surrénales. A partir du 6e mois de la vie intra-utérine, on note une augmentation constante et progressive de la teneur de la glande en cholestérine: dans la surrénale d'un fœtus de 3 mois 1/2, G. a trouvé 2,60 pour 1000 de cholestérine; 6,50 sur un fœtus de 5 mois 1/2; 9,10 sur un fœtus de 7 mois; 15,50 sur le nouveau-né à terme.

Chez le nourrisson, la cholestérinémie va en augmentant du 1er au 11e jour. Dans une série de 39 dosages, les moyennes obtenues ont été : 1er jour 0,74; 2e jour 0,96; 3e jour 0,92; 4e jour 1,39; 5e jour 1,17; 6e jour 1,71; 7e jour 1,66; 8e jour 1,90; 11e jour 1,75.

G. se demande si le *vernix caseosa* n'est pas une source exogène de cholestérine. Les dosages ont donné un taux moyen de cholestérine dans le vernix de 22,76 pour 1000 et de 0,77 dans l'amnios. Pour vérifier cette hypothèse, G. a dosé la cholestérine des enfants lavés et non lavés entourés d'un taffetas gommé pour faciliter l'absorption du vernix par la peau : enfants non lavés, cholestérinémie à la naissance 0,56, le 3e jour 1,06; enfants lavés, à la naissance 0,78, le 3e jour 1,08.

En se basant sur le rôle antihémolytique de la cholestérine, on peut penser que c'est à cette richesse plus grande du cholestérol sanguin chez les enfants non débarrassés de leur vernix qu'il faut attribuer le pourcentage plus faible d'ictères observés chez ceux-ci par nombre de cliniciens.

ROBERT CLÉMENT.

DEUTSCHES ARCHIV für KLINISCHE MEDIZIN

(Leipzig)

Dietrich Jahn. ***L'influence des réactions végétatives sur les échanges énergétiques*** (*Deutsche Archiv für klinische Medizin*, tome CLXVI, n° 5, 6 Avril 1930). — Cet important travail, qui se prête mal à une courte analyse, commence par rappeler que des considérations d'énergétiques ne peuvent expliquer l'effet spécifique dynamique. Le système endocrinien et les centres nerveux doivent intervenir puissamment.

Parmi les hormones, l'adrénaline augmente généralement la consommation d'oxygène bien que, dans 3 cas sur 32, elle l'ait diminuée. Avec l'insuline, cette consommation est abaissée. Mais il y a eu également inversion des effets 8 fois sur 18. La thyroxine agit naturellement comme l'adrénaline.

Dans tous ces phénomènes, l'acide lactique du sang varie de façon caractéristique. Aussi J. a-t-il fait également porter ses recherches sur les effets de ce corps dont il injecte 2 gr. en solution en s'arrangeant de manière à obtenir un p_H de 4,5 à 4,8 Cette injection augmente d'abord l'élimination d'acide carbonique, puis la consommation d'oxygène, et élève le sucre du sang. Il faut remarquer, à ce sujet, que la dextrose provoque une acidose de ce genre bien que cette substance n'ait pas de propriétés acides. Le glycocolle a, lui aussi, des effets analogues.

L'effet spécifique dynamique provoqué par des aliments entraîne des modifications qui empêchent de considérer le quotient respiratoire comme variant avec la nature de l'aliment brûlé.

En cas de maladie de Basedow, les recherches de J. ont montré qu'en réduisant opératoirement le tissu de la thyroïde, on diminue d'abord le métabolisme de base et aussi l'effet spécifique dynamique de l'albumine. Dans le diabète, il y a également augmentation du métabolisme de base et l'administration intraveineuse de dextrose fait augmenter chez ces malades, contrairement à ce qui se passe normalement, la consommation d'oxygène. Chez les cardiaques, le métabolisme est également augmenté dans presque tous les cas. vraisemblablement du fait de la lactacidémie. Chez ces malades, l'administration intraveineuse de sucre élève la glycémie avec un ralentissement anormal de la chute de la courbe, comme si l'acidose inhibait, dans une certaine mesure, l'activité de l'insuline formée.

P.-E. MORHARDT.

I. Gelmann et B. Marzinkowski. ***L'emploi de la fermeture du pylore pour l'étude clinique de la physiologie pathologique gastrique*** (*Deutsche Archiv für klinische Medizin*, t. CLXVI, nos 5 et 6, Avril 1930). — Pour obtenir des renseignements précis sur la sécrétion vraie de l'estomac, il est nécessaire d'empêcher le suc duodénal de refluer. Pour cela, G. et M. ont utilisé le fait que l'introduction d'un corps gras dans le duodénum ferme le pylore pour un certain temps. Chez une série de malades, ils ont ainsi d'abord évacué l'estomac, le matin à jeun, puis poussé la sonde dans le duodénum où ils ont introduit 60 à 70 cmc d'huile de tournesol. Au bout de 5 à 10 minutes, ils ont fait prendre, sans retirer la sonde, un repas d'épreuve (eau, alcool, bouillon), coloré avec une ou deux gouttes de bleu de méthylène. Après le repas, on peut constater qu'il s'écoule par la sonde, d'une façon ininterrompue, du suc duodénal non coloré en bleu tant que le pylore ne s'ouvre pas. En tout cas, au bout de 30 minutes, on retire la sonde un peu, de manière que son extrémité plonge dans l'estomac et on évacue ainsi le contenu gastrique. Le volume du suc extrait permet de calculer la quantité de liquide sécrété par les glandes gastriques et son acidité.

Il a été pratiqué ainsi 72 examens dont 14 n'ont pas donné de résultats parce que le pylore s'est ouvert de façon trop précoce.

Dans ces conditions, on a réellement pu étudier le fonctionnement de l'estomac isolé. La présence de corps gras dans le duodénum a d'ailleurs une action inhibitrice sur la sécrétion gastrique au point de vue acidité. Cette action relève d'un trouble, non pas dans la phase d'accumulation du chlore, mais dans la phase de fabrication de l'acide chlorhydrique.

Les estomacs à acidité normale fournissent en 30 minutes la même quantité de suc que les estomacs hyperacides, soit environ 115 cmc. Les sucs ne diffèrent donc que par leur composition chimique. Les estomacs hypo-acides et anacides se caractérisent par une diminution du volume du suc (en moyenne 70 cmc en 30 minutes), en même temps que par une diminution des acides.

La sécrétion gastrique, quand l'estomac est ainsi isolé, provoque des modifications considérables dans le pH de l'urine; ces modifications se font dans le sens alcalin quand il y a hyperacidité. Quand il y a hypo ou anacidité, ces modifications ne se produisent pas; parfois, même, il y a acidification de l'urine. P.-E. Morhardt.

ZEITSCHRIFT für KREISLAUFFORSCHUNG

(Leipzig et Dresde)

E. Brack, K. Plesmann et E. Krüger. ***Relations entre la mort subite, l'hypertrophie du cœur et les altérations des surrénales*** (*Zeitschrift für Kreislaufforschung*, tome XXII, n° 7, 1er Avril 1930). — Bien des faits de mort subite restent inexplicables, même à l'autopsie. C'est en particulier le cas chez les sujets présentant de l'hypertrophie du cœur sans lésions valvulaires notables chez lesquels les altérations du cœur, de caractère très chronique, ne rendent pas compte de la soudaineté de la mort.

D'après B., P. et K., ce serait souvent alors la stase très accusée dans les organes parenchymateux qui en serait responsable; ils proposent le terme de « trouble circulatoire aigu » pour désigner cet état. Celui-ci donne l'impression que la mort n'est pas le fait d'une insuffisance cardiaque primitive, mais d'un trouble circulatoire périphérique lié à une paralysie des vaisseaux.

Or, B., P, et K. ont vu que dans ces cas il existe toujours des altérations des surrénales qui sont de 2 ordres : chroniques, consistant en amas de cellules rondes, plus ou moins étendus, situés dans la corticale et la médullaire; aiguës, représentées par une hyperémie intense au niveau des couches internes de la corticale, s'accompagnant parfois d'hémorragies et d'œdème.

Ce seraient ces altérations surrénales qui conditionneraient de façon prépondérante, sinon exclusive, le trouble circulatoire aigu mortel. On pourrait concevoir ainsi l'enchaînement des phénomènes : d'abord affaiblissement de l'activité cardiaque liée à l'insuffisance du myocarde altéré, processus susceptible de réparation, puis consécutivement trouble de la circulation des surrénales qui présentent déjà des lésions anciennes, d'où gêne de l'excrétion de l'adrénaline, atonie des vaisseaux et finalement suppression du métabolisme dans les organes vitaux. P.-L. Marie.

H. E. Hering. ***Hypertension artérielle et altération des artérioles*** (*Zeitschrift für Kreislaufforschung*, tome XXII, n° 7, 1er Avril 1930). — Pour H. il est antiphysiologique d'admettre que la transformation hyaline des artérioles, première étape vers la sclérose, puisse être la conséquence de l'hypertension. Elle ne peut être qu'antérieure ou concomitante. H. croit que l'altération artériolaire siégeant dans le territoire du splanchnique conditionne l'hypertension surtout par voie réflexe. Il invoque à l'appui certains faits expérimentaux jusqu'ici peu expliqués : conséquences graves de l'oblitération subite de l'artère mésentérique supérieure malgré la présence de grosses collatérales; absence consécutive d'hyperémie artérielle dans le domaine du splanchnique contrairement à ce qui a lieu aux membres; hypertension artérielle persistante après la ligature de la mésentérique, faisant défaut après l'oblitération d'artères des membres de même calibre; diminution de calibre des vaisseaux splanchniques après ligature de la crosse aortique qui ne se produit pas après section des nerfs splanchniques.

Il semble que la diminution de calibre des vaisseaux résulte souvent d'un processus toxique dont les effets se font sentir sur les petits vaisseaux, processus comparable à la paralysie des artérioles précapillaires accompagnée d'une hyperexcitabilité des artérioles situées en amont que réalise le curare. Le toxique en cause produirait à la fois les altérations primitives des artérioles et leur excitabilité vaso-motrice exagérée au niveau des vaisseaux innervés par le splanchnique. De la diminution de calibre des artérioles résulte de l'hischémie locale se traduisant par une méiopragie des viscères intéressés (reins, pancréas, etc.) qui, à son tour et selon la sensibilité de l'organe en question et des terminaisons périphériques des nerfs centripètes de l'organe, déterminerait de l'hypertension par voie réflexe. Le rétrécissement des vaisseaux, qu'il soit anatomique ou simplement fonctionnel, interviendrait pour déclancher l'hypertension, moins mécaniquement (augmentation de la résistance à la déplétion du ventricule gauche) que par effet réflexe. Les expériences de H. sur le sinus carotidien montrent que des modifications dans les conditions de l'innervation peuvent conduire à une hypertension permanente. P.-L. Marie.

DERMATOLOGISCHE WOCHENSCHRIFT

(Leipzig)

Benedek. ***Les lésions pytiriasiformes et dysidrosiformes dues au « chizosaccharomyces »*** (*Dermatologische Wochenschrift*, tome XC, n° 19, 10 Mai 1930). — Quelques rares observations ont été publiées de lésions dysidrosiformes palmaires et plantaires (type dysidrose ou pompholyx de Hutchinson) coexistant avec des lésions pityriasiformes (type pityriasis rosé de Gibert).

B. a observé, chez un homme de 34 ans, une éruption de petites vésicules sous-cornées, en grain de sagou, sur les deux plantes des pieds; quelques jours plus tard, à la suite d'un violent frisson, apparurent sur tout le corps des plaques érythémato-squameuses rappelant parfaitement le pityriasis rosé.

B. put retrouver le *Schizosaccharomyces hominis* dans les lésions pityriasiformes et dans les lésions dysidrosiformes. Une réaction locale, générale et focale fortement positive fut obtenue avec les cultures du champignon. 2 injections sous-cutanées de vaccin de schizosaccharomyces amenèrent la disparition rapide de la maladie.

Ces faits montrent l'identité mycosique de certaines formes de dysidrose et de certaines formes de pityriasis rosé. R. Burnier.

Muende. ***La radiothérapie dans la maladie de Paget du sein*** (*Dermatologische Wochenschrift*, tome XC, n° 20, 17 Mai 1930). — Une malade de 52 ans présentait depuis 1 an une lésion du mamelon gauche, prise pour un eczéma suintant. La biopsie montra les lésions typiques de la maladie de Paget et, comme la malade refusait l'opération, on fit 2 séances de radiothérapie: le 15 Octobre 1928, on fit une application de 5 H et demi avec filtre de 1 mill. et le 18 Octobre 7 H avec filtre de 4 mill. La lésion parut guérir, mais, 2 mois après, autour de la lésion précédente cicatrisée, apparut un anneau large de 1 cm., rouge, suintant, contenant les cellules typiques de Paget. On décida alors de faire l'ablation de la glande et des ganglions.

Ce cas montre que, bien que la maladie de Paget soit un processus purement épidermique, la radiothérapie, même à haute dose, est insuffisante : la guérison obtenue fut une pseudo-guérison et peu de temps après apparut une récidive qui nécessita une opération radicale. La radiothérapie ne doit donc pas être employée dans la maladie de Paget et doit céder le pas à l'ablation du sein.

R. Burnier.

Stern. ***Les nodosités juxta-articulaires chez les syphilitiques*** (*Dermatologische Wochenschrift*, tome XC, n° 20, 17 Mai 1930). — S. a observé 2 cas de nodosités juxta-articulaires chez des syphilitiques.

Dans le 1er cas, il s'agit d'une femme de 52 ans, qui n'avait jamais été traitée pour syphilis jusqu'alors, et qui présentait une nodosité située à 2 cm. au-dessous de l'olécrane droit, grosse comme une prune, dure, lisse et non douloureuse. La peau adhérait à la tumeur; à 3 cm. environ de cette nodosité existait un groupe de syphilides tuberculo-serpigineuses. Le Wassermann était complètement positif. Les lésions guérirent rapidement sous l'influence de l'iodure de potassium et d'un traitement mixte arsénico-bismuthique.

Le 2e malade était un homme de 35 ans qui eut un chancre syphilitique du sillon en 1919. Traité énergiquement par une cure arsénico-mercurielle ; le Wassermann demeura négatif. 5 ans après le début de l'infection, apparurent des douleurs vives dans les bras et une gêne de la mobilité des deux coudes ; au-dessous des olécranes, le malade constata l'existence de petites nodosités qui augmentèrent progressivement de volume; la gauche devint grosse comme un œuf de pigeon, la droite comme une noisette, de surface lisse, de consistance ferme, et non douloureuse.

Dans les deux cas, la biopsie montra les lésions classiques des nodosités juxta-articulaires, avec nécrose centrale. Aucun spirochète ne put être décelé par la méthode de Levaditi.

S. estime qu'en présence d'une nodosité justa-articulaire, il faut penser aussitôt à la syphilis et instituer un traitement. H. Burnier.

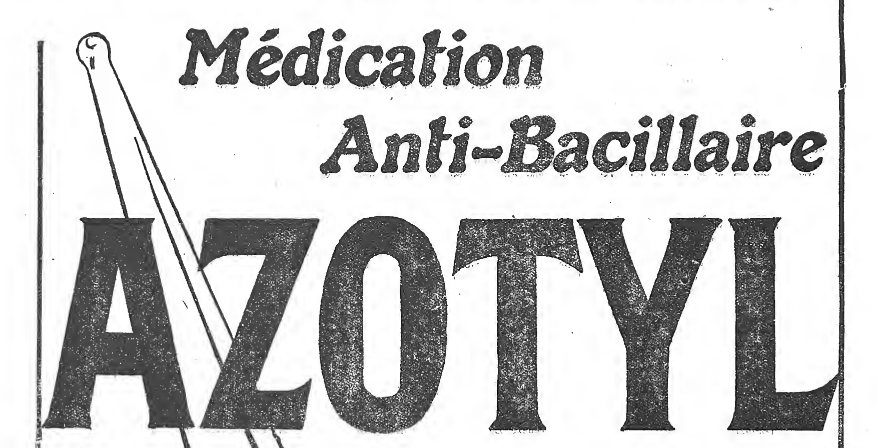
WIENER MEDIZINISCHE WOCHENSCHRIFT

Jauschke. ***Des réactions individuelles aux médicaments*** (*Wiener medizinische Wochenschrift*, t. LXXIX, n° 507, Décembre 1929.) — J. cherche à ranger les phénomènes de sensibilité aux médicaments en un certain nombre de catégories :

1° On observe dans certains cas des accidents toxiques graves et immédiats : telle la mort subite de deux nourrissons à la suite d'instillations d'huile mentholée ; la mort subite a pu survenir aussi à la suite d'injections de strophantus, de peptone, de sérum de cheval ;

2° Dans un autre ordre de faits, les médications donnent un résultat tout différent de celui auquel on pouvait s'attendre : ainsi, l'extrait thyroïdien donne de la tachycardie à certains sujets et ne les fait pas maigrir ; la morphine, la codéine peuvent exciter au lieu de calmer; la caféine donne chez certains de la somnolence.

Il y a enfin une question de doses, d'alternances et d'associations médicamenteuses dont l'auteur donne quelques exemples, qui prouvent qu'un même médicament peut donner, si l'on en fait varier les conditions d'administration, des résulats totalement opposés. G. Basch.


Médication
Anti-Bacillaire
AZOTYL

Jehle. *Troubles rénaux chez l'enfant* (*Wiener medizinische Wochenschrift*, t. LXXX, nº 2, 4 Janvier 1930). — L'appréciation des troubles de la fonction rénale chez l'enfant doit se baser en premier lieu sur le mode de la diurèse, mais celle-ci n'est pas uniquement réglée par le fonctionnement des reins, et l'on connaît la complexité des facteurs qui président au métabolisme de l'eau.

Quant au poids spécifique de l'urine, il est fonction de la diurèse.

L'albuminurie constitue un signe beaucoup plus important : le jeune sujet en présente souvent de façon intermittente, son apparition semblant en rapport avec l'orthostatisme. Pour J., ce type d'albuminurie est en réalité lié à des troubles de la statique vertébrale et mériterait le nom d'albuminurie lordotique. La preuve de cette théorie est apportée par les résultats des examens successifs de l'urine du sujet, prélevée après décubitus, station debout avec lordose corrigée, et après attitude lordotique. De tels malades sont étiquetés à tort comme atteints de maladie du rein, et sont justiciables d'un traitement orthopédique.

L'examen du sédiment urinaire peut également prêter à erreur : J. considère que la présence de cylindres n'implique pas forcément une lésion organique du parenchyme.

Il préconise, dans les troubles fonctionnels aussi bien que dans les maladies organiques, la mise en œuvre du traitement thyroïdien.

G. Basch.

Lehndorff. *La fièvre ganglionnaire idiopathique* (*Wiener medizinische Wochenschrift*, t. LXXX, nº 8, 15 Février 1930). — Décrite il y a 40 ans par Pfeiffer, la fièvre ganglionnaire vient d'être découverte à nouveau par les pédiatres européens qui en ont précisé les symptômes et surtout en ont donné les signes hématologiques. Les uns ont insisté sur l'angine qui l'accompagne souvent, les autres sur la tuméfaction de la rate, d'autres auteurs enfin ont opposé son aspect clinique à celui de la leucémie aiguë dont elle se rapproche par plus d'un point.

Trois symptômes cardinaux caractérisent la fièvre ganglionnaire qui débute par des signes mal caractérisés d'infection grippale avec fièvre, angine, céphalée.

1º La *fluxion ganglionnaire*, atteignant surtout les groupes cervicaux, occipitaux et sous-mentaux, avec prédominance nette du côté gauche. Ces adénopathies se généralisent, ou présentent des prédominances régionales qui constituent autant de formes cliniques, thoraciques, abdominales (pseudo-appendiculaires, ictériques).

La tuméfaction de la rate est quasi constante et peut même prédominer dans la forme splénique.

2º Les *phénomènes infectieux* sont toujours marqués : la fièvre atteint 30 à 40º avec des crochets parallèles aux nouvelles poussées ganglionnaires.

Cet état infectieux est lié très souvent, mais non constamment, à une pharyngite aiguë avec parfois exsudat pseudo-membraneux recouvrant les amygdales.

3º Les *modifications de la formule blanche* sont souvent très marquées et consistent avant tout en une hyperleucocytose avec augmentation importante des cellules mononucléées, dont le protoplasme devient nettement basophile, prenant ainsi les affinités tinctoriales des plasmocytes.

Le pronostic est constamment favorable ; la quinine semble améliorer nettement les symptômes infectieux.

Dans l'ignorance où nous sommes de l'agent pathogène de cette affection, il est logique de supposer l'action d'un virus ou d'un microbe présentant une affinité particulière vis-à-vis du tissu lymphoïde.

G. Basch.

Heidler. *De l'influence des traumatismes obstétricaux sur la boîte cranienne du nouveau-né* (*Wiener medizinische Wochenschrift*, t. LXXX, nº 14, 29 Mars 1930). — Il est fréquent de noter, à l'autopsie de nouveau-nés venus au monde en état de mort apparente et ayant succombé à l'asphyxie, des lésions d'hémorragie méningée, alors que, en l'absence de vérification nécropsique, ces cas de mort étaient habituellement attribués à un circulaire du cordon. Dans un autre ordre de faits, lorsque, chez une primipare, la tête de l'enfant, dans le va-et-vient des poussées et des intervalles, est restée longtemps à la vulve, le nouveau-né doit être ranimé par la respiration artificielle ; il reste bleu, apathique, et succombe au 3e jour. Dans ces cas également, on trouve, à l'ouverture du crâne, une hémorragie sous-dure-mérienne.

Parfois, chez une multipare, par un mécanisme inverse, l'expulsion précipitée de l'enfant amène, quelques jours plus tard, sa mort dans des convulsions, dues également à une hémorragie intracranienne.

Il est possible enfin de retrouver, à l'autopsie de prématurés débiles, des hémorragies méningées d'étiologie moins précise.

Il apparaît donc à l'auteur qu'un grand nombre de décès de nouveau-nés attribués à l'asphyxie sont en réalité dus à une hémorragie intra-cranienne dont la fréquence serait de 50 pour 100 environ de la mortinatalité.

G. Basch.

Naegeli. *Traitement des anémies et des leucémies* (*Wiener medizinische Wochenschrift*, t. LXXX, nº 14, 29 Mars 1930). — Parmi les anciennes médications de l'anémie, le repos au lit et les préparations martiales, surtout sous forme de fer réduit, ont gardé toute leur valeur. Cependant il convient d'utiliser de hautes doses de préparations ferrugineuses.

L'arsenic constitue également un traitement efficace et puissant, soit sous forme de liqueur de Fowler, soit sous forme de spécialités diverses.

N. fait enfin allusion aux bons résultats obtenus par la méthode de Minot-Murphy, mais sans en discuter les indications ni le mode d'action.

L'auteur envisage en outre le traitement radiothérapique des leucémies chroniques, particulièrement de la leucémie myéloïde. Il critique le mode d'application des rayons X dont il considère les séances comme trop rapprochées ; il aurait obtenu une chute leucocytaire importante par le seul traitement arsenical.

Quelques courbes jointes à cet article veulent démontrer l'inefficacité des rayons X dans le traitement des leucémies.

G. Basch.

Heidler. *De l'influence des traumatismes obstétricaux sur la boîte cranienne du nouveau-né* (*suite*) (*Wiener medizinische Wochenschrift*, tome LXXX, nº 14, 29 Mars 1930). — Le pronostic des traumatismes intra-craniens de l'accouchement est des plus variables : outre les cas de mort immédiate ou dans les premiers jours, il faut se souvenir du rôle indéniable que jouent les hémorragies minimes dans la production de la sclérose cérébrale infantile.

Le traitement repose entièrement dans la prophylaxie de ces accidents : il faut éviter les accouchements précipités, mais surtout un trop long séjour de la tête à la vulve ; toutes les manœuvres manuelles et autres doivent être exécutées avec les plus grandes précautions ; il faut préférer à une protection excessive du périnée l'épisiotomie et abréger le travail par quelques injections de rétro-pituitrine.

G. Basch.

Weinberger et Windholz. *Blastomycose généralisée à terminaison fatale* (*Wiener medizinische Wochenschrift*, t. LXXX, nº 21, 17 Mai 1930). — Bien qu'on ait l'habitude de considérer les mycoses comme des maladies locales, à manifestations purement cutanées, on a pu, dans certains cas, noter une infestation générale de tout l'organisme, et même une migration sanguine du parasite, comme l'ont bien montré les travaux de Plaut, de Truffi, de Bruno Bloch, et, en France, de Ravaut et de ses élèves.

L'observation relatée par W. et W. concerne un homme de 59 ans sans antécédents particuliers. Le début de l'affection se fit par des lésions buccales et par des troubles de l'état général : fièvre, amaigrissement, toux et crachats. A la période d'état, on note une fièvre continue entre 38º et 39º, un teint subictérique, de l'érythème des paupières et des conjonctives, un état spécial des ongles qui sont épaissis, cassants, informes.

Mais, surtout, le malade présente une inflammation diffuse de toute la cavité buccale, de la langue et du pharynx, qui sont recouverts d'un enduit pseudo-membraneux. En outre, on observe une ulcération du scrotum de la taille d'une pièce de 1 franc.

L'examen des poumons montre une infiltration diffuse du sommet droit, et l'on peut caractériser dans les crachats des filaments mycéliens.

Le malade succomba, malgré tous les traitements, au bout de trois semaines. L'examen direct et les cultures permirent de retrouver le même parasite dans les crachats, dans l'urine, au niveau de la muqueuse pharyngée aussi bien qu'à la surface de l'ulcération scrotale : véritable septicémie mycosique dont il est peu d'exemples aussi frappants.

G. Basch.

SCHWEIZERISCHE MEDIZINISCHE WOCHENSCHRIFT

(Bâle)

P.-H. Rossier et P. Mercier. *Sécrétion gastrique et équilibre acide-base* (*Schweizerische medizinische Wochenschrift*, tome LX, nº 12, 22 Mars 1930). — Les variations étudiées par R. et M. sont faibles. Il a donc été nécessaire d'étudier une technique rigoureuse pour déterminer le p_H vrai du plasma veineux. Chaque épreuve a comporté 3 prises de sang faites à des intervalles de temps déterminé : avant une injection d'histamine, 45 min. après et 2 heures après le début de l'épreuve. La précision obtenue, pour la mesure du p_H, a été de l'ordre de 0,01. Pour cela, il a été utilisé la méthode électrométrique avec le potentiomètre de Chauvin et Arnoux et l'électrode en U en bulle gazeuse de Michaelis.

Il a été ainsi étudié 7 malades. Dans 4 cas, il s'est produit une légère alcalose, au maximum de 0,08 après 45 min. Dans 2 cas, il n'y a pas eu de changement. Deux heures après, on a constaté dans tous les cas un abaissement du p_H. La réaction de l'organisme vis-à-vis de la sécrétion gastrique varie donc d'un sujet à l'autre, mais il existe le plus souvent une alcalose vraie au moment de l'acmé de la sécrétion gastrique et un abaissement du p_H lorsque le suc gastrique n'est plus sécrété.

En outre, il a été procédé à des recherches chez 30 malades également soumis à l'épreuve de l'histamine, mais chez lesquels on a prélevé la sécrétion gastrique. Cette manière de faire a produit une alcalose constante 45 min. après l'injection. On observe, en outre, une augmentation constante du contenu du plasma veineux en CO^2 au moment de l'acmé de la sécrétion gastrique. Il se reproduit, en somme, une ébauche du trouble humoral qui s'observe dans la tétanie gastrique. Il n'y a cependant pas de rapport direct entre la quantité d'acide enlevée à l'organisme par le sondage gastrique avec le degré d'alcalose réalisé. La résistance des individus à ce qui trouble l'équilibre acide-base du sang est donc variable.

P.-E. Morhardt.

H. Sahli. *Le traitement chimiothérapique de la fièvre typhoïde par l'iodo-bismuthate de quinine* (*Quimby*) (*Schweizerische medizinische Wo-*

chenschrift, tome LX, nº 21, 24 Mai 1930). — S. utilise, depuis 1924, l'iodo-bismuthate de quinine dans le traitement de la fièvre typhoïde en partant de l'idée que ce médicament doit posséder une action antiseptique comme le démontre l'usage qu'on en fait dans le traitement des plaies et des ulcérations et parce que le bismuth possède une action oligodynamique remarquable. Pour réaliser dans l'organisme un dépôt de bismuth, il s'est adressé à l'iodo-bismuthate de quinine qui est particulièrement dépourvu d'effets secondaires gênants. Les doses employées ont été celles qui sont utilisées dans la syphilis : une ampoule de 3 cmc tous les 3 ou tous les 2 jours.

Les malades ont eu, au maximum, 10 injections. Pour certains d'entre eux, 1 à 2 injections ont suffi pour couper la maladie. Sur les 37 malades, on n'a observé une coloration caractéristique des gencives que 2 fois et on n'a pas constaté d'irritation du rein sous l'influence de cette médication. Dans ces cas, le traitement a commencé tout à fait au début de la maladie qui s'est trouvée ainsi coupée ou raccourcie, comme sous l'influence d'une action spécifique.

Dans un 2e groupe de 10 malades, le résultat a été douteux. Néanmoins, dans cette catégorie, on a constaté très vite après le début du traitement des phénomènes qui donnaient l'impression d'une amélioration.

Le reste des malades n'a pas été influencé.

En somme, S. pense que cette méthode représente, de toutes les thérapeutiques par un métal, la moins nocive et il se demande si d'autres affections, comme les septicémies, la tuberculose, la grippe et les infections intestinales, ne pourront pas être également favorablement influencées par ce médicament. P.-E. Morhardt.

ARCHIVES OF DERMATOLOGY AND SYPHILOLOGY
(Chicago)

Irgang et Sala. *Le foie dans la syphilis* (*Archives of Dermatology and Syphilology*, tome XXI, nº 4, Avril 1930). — Les auteurs ont recherché dans 179 cas de syphilis cutanée l'existence d'un trouble du fonctionnement hépatique par la réaction de Van den Bergh et de l'index ictérique. Aucun des malades n'avait de jaunisse à l'admission.

Une réaction de Van den Bergh positive fut notée dans 5 cas (25 pour 100 du nombre total). Une réaction d'intensité maxima fut observée dans 50 pour 100 des cas positifs au bout de 10 à 30 minutes et dans 50 pour 100 au bout d'une heure. Sur un total de 118 cas de syphilis secondaire, 21 donnèrent une réaction positive (17 pour 100). Dans 50 cas de syphilis tertiaire, on nota 12 réactions positives (24 pour 100). Sur 11 cas de chancres, 4 donnèrent une réaction positive.

Sur les 45 cas où la réaction de Van den Bergh était positive, dans 41 cas l'index ictérique était supérieur à 6 ; dans 4 cas seulement, il était compris entre 4 et 6. Dans beaucoup de cas d'apparence normale, l'index était au-dessus de 6.

Dans 12 pour 100 des 134 cas avec réaction négative, la réaction de Van den Bergh devint positive quand les malades furent traités par l'arsenic; ces malades n'eurent cependant pas de jaunisse.

Dans 10 pour 100 seulement des 20 malades avec réaction positive, apparut un ictère à la suite d'un traitement arsenical énergique.

I. et S. concluent que la réaction de Van den Bergh permet de découvrir rapidement une hépatite latente ; l'index ictérique au-dessus de la normale (6) n'indique pas l'existence d'une hépatite, tant que celle-ci n'est pas confirmée par une réaction de Van den Bergh positive.

Une hépatite syphilitique peut s'observer à tous les stades de la maladie; elle est plus fréquente à la période tertiaire. Les cas légers d'hépatite ne se traduisent par aucun signe. Une hépatite légère n'est pas une contre-indication pour le traitement arsenical, bien que ces malades doivent être soigneusement surveillés. R. Burnier.

Hu, Khaw et Frazier. *Localisation sous-cutanée du « cysticercus cellulosæ » chez l'homme* (*Archives of Dermatology and Syphilology*, t. XXI nº 5, Mai 1930). — La localisation sous-cutanée du *Cysticercus cellulosæ* est plutôt rare chez l'homme. H., K. et F. en rapportent pourtant 5 cas qu'ils ont observés chez des Chinois de la Chine du Nord où l'on mange fréquemment de la viande de porc non ou insuffisamment cuite.

Le 1er malade, un fermier de 28 ans, avait, depuis 13 mois, 50 kystes sous-cutanés disséminés sur le tronc et les extrémités; ses selles contenaient des œufs de ténia. Le 2e, un étudiant de 24 ans, avait, depuis 12 ans, un nodule solitaire dans le muscle pectoral droit. Le 3e, un officier de 23 ans, avait, depuis 1 an, 12 kystes sous-cutanés dans le cuir chevelu, la lèvre inférieure, le tronc et les bras. Le 4e, un officier de 28 ans, était porteur, depuis 1 an, de 80 kystes sous-cutanés et intramusculaires sur le tronc, la face et les bras. Le 5e, un officier de 27 ans, avait, depuis 3 ans 1/2, 22 kystes sous-cutanés, sous-muqueux et intramusculaires au tronc, aux extrémités et à la lèvre inférieure. H., K. et F. observèrent, chez un étudiant de 21 ans, un kyste de *Cysticercus* dans le cerveau, ayant occasionné des crises épileptiformes et des hémorragies rétiniennes ; les selles contenaient des œufs de ténia.

Le diagnostic est facile quand on y pense; on éliminera facilement les kystes sébacés, les fibromes. La cysticercose sous-cutanée forme des nodosités arrondies, mobiles comme un corps étranger, de consistance élastique, non douloureuses, ordinairement multiples et d'environ 1 cm. de diamètre. L'examen direct du contenu du kyste permet d'affirmer le diagnostic; il existe habituellement une forte éosinophilie sanguine. Dans 2 cas, H., K. et F. ont inoculé le contenu du kyste dans la peau et par scarification ; les résultats furent négatifs.

Comme traitement, on a proposé l'excision chirurgicale ou bien l'injection, dans le kyste, d'une solution d'acide phénique à 20 pour 100 dans la glycérine : les kystes disparaîtraient 2 à 3 jours après l'injection. R. Burnier.

THE JOURNAL of the AMERICAN MEDICAL ASSOCIATION
(Chicago)

J. Eller et N. Anderson (New-York). *La greffe du cancer sur diverses affections cutanées* (*Journal of the American medical Association*, tome XCIV, nº 6, 8 Février 1930). — E. et A. passent en revue les multiples lésions cutanéo-muqueuses qui peuvent être le point de départ d'un cancer.

La première place, à ce point de vue, appartient à la syphilis, soit qu'il s'agisse de syphilis tertiaire, en particulier de la langue, soit de leucoplasie buccale ou linguale dont les relations avec la syphilis sont bien connues. Dans tous les cas, les lésions spécifiques doivent être étudiées par biopsie et traitées localement de façon précoce et énergique; en particulier, en ce qui concerne la leucoplasie. E. et A. recommandent l'électro-coagulation.

Les lésions de radiodermite et leurs séquelles, telles que mélanodermie, télangiectasie, peuvent également être le point de départ d'un néoplasme. Aussi, dès qu'on voit apparaître une ulcération cutanée à la suite d'applications de rayons Rœntgen, une exérèse large s'impose. Ici encore, l'électro-coagulation peut rendre de grands services.

E. et A. insistent également sur la fréquence de néoplasies développées sur un nævus (nævo-carcinome); une telle fréquence nécessite le traitement également précoce de ceux-ci, particulièrement au moyen de la haute fréquence.

Des néoplasies peuvent aussi se greffer sur la kératose sénile et la kératose séborrhéique; le fait est particulièrement fréquent chez les marins. Il s'agit le plus souvent d'épithélioma baso-cellulaire, notamment quand la kératose siège à la face. Assez fréquents sont également les cancers développés sur les kératoses professionnelles. E. et A. citent en particulier le cancer du goudron, fréquent en Angleterre suivant O'Donovan, et le cancer arsénical.

Les rapports du cancer et du lupus ne sont pas très étroits. Cependant le lupus dégénère en néoplasme dans 1,5 à 4 pour 100 des cas. Il s'agit habituellement d'épithélioma baso-cellulaire, qui se développe le plus souvent chez l'homme, bien que, d'une façon générale, le lupus soit plus fréquent chez la femme.

E. et A. citent également des néoplasies développées sur un kyste sébacé, sur le lupus érythémateux, sur les ulcères variqueux et sur certaines fistules comme les fistules anales, sur la maladie de Paget du mamelon. Certaines cicatrices, certaines cornes cutanées, certains papillomes linguaux, le xéroderma pigmen-tosum peuvent enfin être des points d'appel. Pierre-Noel-Deschamps.

E. Novak (Baltimore). *Progrès récents touchant la physiologie de la menstruation : 1º la menstruation peut-elle apparaître sans ovulation? 2º cause déterminante de la menstruation ; 3º dualité de la sécrétion ovarienne; 4º rôle du lobe antérieur de l'hypophyse dans le cycle sexuel* (*Journal of the American medical Association*, tome XCIV, nº 12, 22 Mars 1930). — N. insiste, au début de son article, sur ce fait que la gynécologie devient une science de moins en moins purement chirurgicale et fait appel, tous les jours davantage, aux données de la physiologie.

Il rappelle la théorie classique de la menstruation, suivant laquelle cette dernière est toujours précédée de l'ovulation, de la maturation du follicule de de Graaf et de la formation du corps jaune. Or, un certain nombre d'expériences, chez le singe, ont montré que la menstruation pouvait être indépendante de toute ovulation. D'autre part, on a vu la menstruation continuer chez l'animal, après irradiation de tout l'appareil ovarien entraînant la destruction du système folliculaire. Toutefois la question se pose de savoir si, dans ce cas, cette destruction est complète. On sait que, chez la femme, quand on détruit par la radiothérapie le système folliculaire, les règles cessent de façon constante. C'est dans de tels cas qu'on peut faire intervenir le rôle du lobe antérieur de l'hypophyse sur le cycle sexuel, question sur laquelle on reviendra tout à l'heure.

Un point très important à préciser est la cause occasionnelle de la menstruation, qui puisse en particulier expliquer sa périodicité. Il est généralement admis que doit intervenir, pour expliquer la réapparition périodique des phénomènes, une activité hormonique de l'ovule, qui atteint son maximum quand celui-ci se détache du follicule de de Graaf. Mais certaines expériences tendraient à prouver que l'ovule meurt très rapidement s'il n'est pas fécondé, après sa sortie des trompes, et l'on ne s'explique pas, dans ce cas, qu'il ait une action hormonique quelconque. Aussi une théorie très répandue admet-elle que c'est, non l'ovule, mais le corps jaune qui est la cause directe de la menstruation. La doctrine de la « primauté de l'ovule » dans la régulation de la périodicité menstruelle paraît bien devoir être abandonnée.

Il semble par ailleurs nettement établi, aujourd'hui, que la sécrétion ovarienne est double, et

qu'à côté de l'hormone folliculaire existe une hormone du corps jaune, une hormone lutéale. De fait, on est parvenu à préparer un extrait de corps jaune dont les propriétés sont pour partie antagonistes, pour partie supplémentaires de l'extrait folliculaire. Le produit de sécrétion du corps jaune apparaît comme l' « hormone sexuelle femelle ».

De tous les progrès qu'a faits récemment l'étude de la physiologie de l'ovaire et du cycle sexuel, l'un des plus importants et des plus riches en conséquences d'avenir est la découverte des relations qui unissent l'hypophyse et la glande sexuelle.

L'extrait de lobe antérieur de l'hypophyse injecté dans le péritoine provoque chez les animaux d'expérience, en même temps qu'un gigantisme expérimental, un arrêt de l'évolution et une stimulation de tout le « tissu lutéal » de l'ovaire.

De même, la transplantation de fragments d'hypophyse au niveau de l'utérus d'une femelle immature provoque des effets remarquables sur l'utérus et sur les ovaires : il se produit une hypertrophie de l'utérus et des ovaires, et le phénomène de l'ovulation est remarquablement accéléré. Il apparaît donc que le lobe antérieur de l'hypophyse doit être considéré comme le véritable « agent moteur » de la fonction ovarienne et de la fonction sexuelle en général. Peut-être une telle notion, si elle se confirme, aura-t-elle des conséquences pratiques en ce qui concerne la thérapeutique des divers désordres qui peuvent troubler l'évolution normale du cycle sexuel.

Pierre-Noel Deschamps.

ENDOCRINOLOGY

(Los Angeles)

J. P. Pratt et M. Smeltzer. ***Administration des hormones ovariennes et hypophysaires par pulvérisation nasale*** (*Endocrinology*, tome XIII, n° 4, Août 1929). — Les constatations cliniques et expérimentales de P. et S. plaident en faveur de l'administration de ces hormones au niveau des muqueuses, à l'exception de la muqueuse digestive ; l'absorption ainsi réalisée étant plus lente et plus continue, l'action des hormones se trouve prolongée et l'on se rapproche davantage des conditions naturelles. Il faut y ajouter la commodité d'emploi.

Expérimentalement, chez le rat, les muqueuses vaginale, nasale et conjonctivale se montrent capables de résorber l'hormone ovarienne (folliculine) qui détermine ainsi les phénomènes de l'œstrus aussi bien qu'après injection hypodermique, bien que les doses doivent être plus fortes qu'avec cette dernière méthode.

Cliniquement, P. et S. ont pu se rendre compte de l'efficacité des hormones ovariennes et hypophysaires données par voie nasale au moyen de pulvérisations. L'absorption est très satisfaisante et l'on ne constate pas de signes d'irritation locale.

Ils citent diverses observations à l'appui de leur opinion. En ce qui concerne l'hormone ovarienne, ils ont vu 2 femmes présentant des règles rares et minimes, antérieurement très améliorées par les injections sous-cutanées de folliculine, et chez lesquelles toute interruption de cette médication faisait réapparaître les mêmes troubles, tirer le même bénéfice des pulvérisations nasales de l'hormone.

L'extrait total du lobe postérieur d'hypophyse, employé de la même façon, leur a permis de réprimer des ménorragies alarmantes. Depuis que l'on a dissocié dans cet extrait total 2 principes, la pitressine, active dans le diabète insipide, et la pitocine, stimulante des contractions utérines, on a pu se rendre compte que la première se montrait efficace et inoffensive, donnée par voie nasale. Il en est de même de la pitocine qui est indiquée pour déclencher l'accouchement, lorsqu'on désire une action douce et prolongée. Elle trouve aussi son emploi dans les métrorragies qui ne sont pas liées à des tumeurs.

Lorsqu'il existe du coryza ou d'autres anomalies du côté du nez, on peut avoir recours à la voie vaginale ou exceptionnellement à la voie conjonctivale, peu pratique chez l'homme.

P.-L. Marie.

H. G. Beck. ***Deux cas familiaux de syndrome de Laurence-Biedl*** (*Endocrinology*, tome XIII, n° 4, Août 1929. — Ce syndrome, souvent familial mais non héréditaire, semble-t-il, comprend des malformations congénitales (polydactylie très fréquente, rétinite pigmentaire presque constante, atrésie anale), des déformations craniennes, du retard du développement intellectuel, une obésité prononcée accompagnée ou non d'hypoplasie génitale, enfin des troubles digestifs.

Les 2 sujets observés par B., un garçon de 11 ans et une fille de 10 ans, appartenaient à une famille de 4 enfants, dont les 2 autres étaient normaux ainsi que les parents. On retrouvait chez eux les éléments caractéristiques du syndrome : obésité accentuée (respectivement 56 et 58 kilogr. pour une taille de 1 m. 39) du type hypophysaire de Fröhlich, une hypoplasie prononcée des organes génitaux, de la rétinite pigmentaire s'accompagnant d'atrophie partielle du nerf optique et d'héméralopie, un doigt supplémentaire rudimentaire à la main droite chez les 2 enfants et un orteil supplémentaire à droite chez le garçon, un crâne de contour irrégulier avec une selle turcique un peu plus profonde que normalement, du genu valgum, des extrémités courtes avec des doigts terminés en pointe et des ongles cassants, une peau d'apparence myxœdémateuse aux extrémités inférieures, un retard intellectuel très marqué avec de l'apathie.

On a beaucoup discuté sur la cause de ce syndrome spécial sans en fournir d'explication satisfaisante. Biedl lui attribue une origine cérébrale plutôt qu'hypophysaire.

Tandis que Bardet et Bartoletti n'ont pas obtenu de résultats de l'opothérapie thyroïdienne et hypophysaire, B. de même que de Cyon, Biedl, de Schweinitz a constaté une heureuse influence de l'administration prolongée de thyroïde et de lobe antérieur d'hypophyse, en particulier sur l'état mental. Il a noté également une diminution notable du poids et le développement des organes génitaux. Les résultats se sont maintenus malgré l'interruption du traitement.

Bien que cette affection soit rare, elle mérite d'être connue, car un diagnostic fait à temps permettra d'éviter la cécité et l'idiotie dans les cas graves, l'infériorité résultant des troubles de la vision et du déficit intellectuel dans les cas ordinaires, grâce à l'institution de l'opothérapie convenable.

P.-L. Marie.

GAZETTE DES HOPITAUX

(Paris)

J. Lhermitte. ***Les manifestations nerveuses de la polyglobulie; érythrémie cryptogénétique; maladie de Vaquez*** (*Gazette des Hôpitaux*, tome CIII, n° 36, 3 Mai 1930). — Les désordres des fonctions nerveuses centrales apparaissent avec une fréquence remarquable dans la maladie de Vaquez, que l'on considère ce syndrome comme une maladie aux aspects divers ou que l'on divise les polyglobulies en polyglobulies secondaires et primitive cryptogénétique, que l'érythrémie soit essentielle, compliquée ou non d'hypertension artérielle, accompagnée ou non de modifications spléno-hépatiques.

Certains des accidents nerveux qui peuvent survenir au cours de la polyglobulie sont liés à des désordres matériels des centres nerveux : hémiplégie avec ou sans aphasie, paraplégie, manifestations pseudo-bulbaires. Tous ces accidents sont communs, ne présentent aucun caractère spécial, leur intérêt réside seulement dans la cause qui les a fait naître.

D'autres accidents sont d'origine beaucoup plus obscure, d'abord les troubles subjectifs qui font du polyglobulique un malade aux plaintes incessantes : les douleurs, les sensations pénibles, les perturbations de la cénesthésie, surtout les céphalées diffuses accompagnées de bouffées de chaleur, les migraines typiques, précédées ou accompagnées de scotome flamboyant, les sensations de brisement, de torsion, d'engourdissement des membres, les algies thoraciques, les douleurs précordiales, etc...

Aucun de ces phénomènes n'est absolument spécial à la maladie de Vaquez, mais c'est bien dans la modification sanguine qu'il faut en trouver le point de départ.

On peut expliquer les désordres neuro-psychiatriques liés à l'érythrémie, si l'on considère que l' « axe encéphalo-médullaire est le composant de l'organisme le plus sensible aux changements de la constitution du sang, en raison de sa faible résistance à l'anoxémie et de la nécessité où il se trouve de faire face sans trêve aux adaptations rapides et sûres qu'exigent la vie organique et la vie de relation ».

Robert Clément.

P. Sainton et G. Emond. — ***Les réactions spléniques dans le goitre exophtalmique*** (*Gazette des Hôpitaux*, tome CIII, n° 25, 26 Mars 1930). — Parmi les réactions des organes lymphoïdes chez les basedowiens, l'hypertrophie de la rate n'est pas rare. S... et E... l'ont cherchée systématiquement par la palpation, la percussion, la phonendoscopie et la radioscopie après insufflation gastrique ou recto-colique, qui renseigne d'une façon assez précise et permet de contrôler les résultats de l'examen physique et d'éviter l'erreur que pourrait engendrer une ptose splénique.

Alors que chez 22 malades atteints de goitres simples, aucune modification de la rate ne fut constatée, chez 35 basedowiens l'hypertrophie existait dans 12 cas (34 pour 100). 7 fois, la rate était accessible à la palpation ; 5 fois, elle était percutable ; dans tous les cas, l'augmentation du volume de la rate était modérée. Aucun malade n'était suspect de syphilis, de paludisme, de tuberculose.

L'hypertrophie splénique n'est jamais un symptôme isolé ; elle coexiste avec l'hypertrophie amygdalienne et des réactions ganglionnaires dans la plupart des cas. Chez les basedowiens, dont la rate est normale, les réactions lymphoïdes sont beaucoup plus discrètes.

L'examen de la formule sanguine montre, en général, une diminution du nombre des hématies, une diminution du taux de l'hémoglobine, une augmentation du nombre de leucocytes, c'est-à-dire une formule comparable à celle des animaux hyperthyroïdés. La formule leucocytaire est très variable ; la polynucléose semble en rapport avec une infection amygdalienne chronique ; il n'y a pas d'éosinophilie notable.

La très grande majorité des cas de réactions splénique et lymphoïde est observée chez des goitres basedowifiés et surtout dans des syndromes anciens.

L'hypothèse la plus rationnelle est que l'hypertrophie splénique, « dans les cas où elle existe, n'est qu'une localisation de la réaction générale des organes lymphoïdes qui constituent le status thymicus de Paltauf ».

Tous les basedowiens n'ont point une réaction lymphoïde, il n'y a pas parallélisme entre l'état des amygdales, des ganglions, le volume de la rate. Il serait exagéré de considérer les réactions lymphoïdes comme dues uniquement à l'hyperthyroïdie et d'exclure la note inflammatoire que l'on rencontre chez certains malades.

Robert Clément.

REVUE DES JOURNAUX

ARCHIVES INTERNATIONALES de LARYNGOLOGIE, OTOLOGIE, RHINOLOGIE et BRONCHO-ŒSOPHAGOSCOPIE (Paris)

H. Caboche. ***Traitement de certaines céphalées par l'effluvation de haute fréquence*** (*Archives internationales de Laryngologie, Otologie, Rhinologie et Broncho-œsophagoscopie*, tome IX, nº 3, Mars 1930). — C. rappelle les premiers travaux de Leroux-Robert sur les applications médicales de la haute fréquence, rapportés au Congrès de 1924 de la Société d'Oto-Rhino-Laryngologie et les résultats obtenus par cet auteur en 1925 dans le traitement des céphalées d'origine nasale.

C'est à la suite de ces résultats intéressants qu'il a entrepris d'expérimenter aussi ce genre de traitement.

Ce travail est basé sur 22 observations divisées en 3 groupes :

1º Céphalées des sinusites aiguës suppurées ;
2º Céphalées des sinusites chroniques ;
3º Céphalées des algies faciales d'origine nasale.

Au cours des *sinusites aiguës suppurées*, la haute fréquence possède une action sédative puissante se traduisant par une atténuation ou une disparition de la céphalée dès les premières séances, avec chute de la température et débâcle muco-purulente; la guérison complète est obtenue dans 8 cas sur 10 rapportés par l'auteur.

Dans les *sinusites chroniques*, l'action sédative de la haute fréquence existe, mais moins marquée que dans la variété précédente.

Enfin, au cours des *algies cranio-faciales d'origine nasale* (sinusites exceptées), c'est-à-dire, par exemple, au cours des coryzas spasmodiques, rhinorrhées paroxystiques, ozène, coryza grippal, etc., où la douleur atteint souvent une acuité qu'elle n'atteint pas dans la plupart des sinusites suppuratives aiguës, l'effet de la haute fréquence est des plus heureux et l'amélioration souvent considérable : sur 8 cas, on note 6 succès, 1 succès relatif et 1 insuccès.

Il est difficile de donner une explication formelle du mode d'action de la haute fréquence, puisque la pathogénie même de la céphalée reste le plus souvent indéterminée.

a) Pour les douleurs liées aux sinusites on peut admettre :

1º Une action décongestive, libérant les canaux évacuateurs des sinus, ce que semblent prouver les débâcles muco-purulentes suivant les premières séances ;

2º Une action directe sur les glandes de la pituitaire; ce qui expliquerait l'hypersécrétion nasale suivant chaque séance ; cette hypersécrétion a aussi un rôle décongestif ;

3º Une action bactéricide.

b) Pour les algies sans sinusite, on ne peut qu'admettre une action sédative du courant sur les filets nerveux exocraniens et pituitaires.

Au point de vue technique, on peut utiliser soit la diathermie, soit l'effluvation. La diathermie, dont les applications se font en bipolaire, semble moins active que l'effluvation. Celle-ci peut se faire soit en applications tégumentaires, soit en applications intra-nasales.

Ce travail très documenté, appuyé de nombreuses observations, met en évidence l'effet sédatif de la haute fréquence qui se place actuellement au premier rang des thérapeutiques de la céphalée d'origine nasale. J. Leroux-Robert.

Vialle, Le Coq et Rouchèse (Nice). ***Le chancre mixte de l'amygdale*** (*Archives internationales de Laryngologie, Otologie, Rhinologie et Broncho-Œsophagoscopie*, an. XXXVI, n. sér., tome IX, Mai 1930). — V., L. et R. désignent sous le nom de *chancre mixte de l'amygdale* une lésion ulcéreuse relevant à la fois de la symbiose fuso-spirillaire de Bernheim-Vincent et du spirochète de Schandinn-Hoffmann. Cette appellation ne leur paraît pas devoir prêter à confusion avec le *chancre mixte de Rollet* résultant de l'association spirochète-bacille de Ducray, ce dernier étant toujours génital ou paragénital et n'ayant jamais été rencontré sur l'amygdale.

En théorie, le spirochète de la syphilis peut se greffer sur l'ulcération due à l'angine de Vincent. En fait, le plus souvent, c'est sur une lésion syphilitique primitive de l'amygdale que se greffe l'association fuso-spirochétienne, tout comme elle se greffe (c'est une notion classique) sur les syphilides muqueuses de la période secondaire.

Le diagnostic du chancre mixte de l'amygdale est des plus difficiles. Cliniquement, les phénomènes objectifs dus à l'angine de Vincent dominent la scène. Un signe clinique important, cependant, peut faire soupçonner la syphilis : c'est l'induration. Elle manque rarement sur les bords du cratère ulcéreux et le doigt la repère aisément sous la forme d'un mince anneau de consistance cartilagineuse. D'autre part, les examens de laboratoire, en décelant le spirochète pâle à côté du fuso-spirille, fixeront le caractère de la lésion. Mais il faut bien savoir que l'examen des lésions buccales est souvent d'une interprétation délicate en raison de la multiplicité des formes de spirilles, spirochètes et parasites de la cavité buccale. Devant cette difficulté d'affirmer, sur le double examen clinique et bactériologique l'association de la syphilis à l'angine de Vincent, il ne reste plus, pour établir le diagnostic de chancre mixte, que l'ultime ressource des réactions sérologiques : un Bordet-Wassermann positif fera ce diagnostic, à la double condition, cela va de soi, qu'il s'agisse d'un sujet indemne de syphilis antérieure et que le Bordet-Wassermann soit fait au moins quinze jours après le début du chancre (à défaut de la positivité du Bordet-Wassermann pendant les premiers jours de l'infection, on pourra encore rechercher le tréponème dans les ganglions).

En conclusion générale, devant toute ulcération amygdalienne que son évolution et son aspect atypiques empêchent de situer à une place définie du cadre nosographique, il faut penser au chancre de l'amygdale (chancre syphilitique franc ou chancre mixte) et demander aussitôt au laboratoire la confirmation de cette hypothèse; le chancre reconnu, instituer sans tarder le traitement antisyphilitique. J. Dumont.

REVUE DE LA TUBERCULOSE (Paris)

J. Troisier et M. Monnerot-Dumaine. ***Les limites de la spécificité de la cuti-réaction tuberculinique*** (*Revue de la Tuberculose*, 3e série, tome XI, nº 4, Avril 1930). — T. et M. ont étudié comparativement les résultats donnés par la tuberculine et par un bouillon glycériné concentré, identique à la tuberculine brute, mais préparé sans bacilles par Boquet.

La cuti-réaction pratiquée chez l'homme avec ce bouillon glycériné, concentré dans les mêmes conditions que la tuberculine brute, peut être identique dans son évolution à la cuti-réaction à la tuberculine. Toutefois, cette cuti-réaction au bouillon glycériné concentré est toujours plus faible, chez un individu donné, que la cuti-réaction de von Pirquet. La proportion de ces cuti-réactions témoins positives croît progressivement avec l'âge. Nulle ou presque chez l'enfant de 0 à 10 ans, elle s'élève à 17 pour 100 de 11 à 20 ans et à 26 p. 100 chez l'adulte, au delà de 21 ans. Les cuti-réactions au bouillon témoin paraissent indépendantes d'un état anaphylactique général de l'organisme. Elles sont liées aux protéines du bouillon.

La cuti-réaction, pratiquée chez l'homme avec une tuberculine préparée à partir d'un milieu synthétique (Sauton) sans bouillon, donne des résultats similaires à la cuti-réaction à la tuberculine brute. Ces réactions sont toujours moins intenses que le Pirquet. Elles sont liées aux protéines seules du bacille tuberculeux, indépendamment des protéines des milieux de culture comme dans le Pirquet; elles possèdent ainsi un degré de spécificité auquel ne peut prétendre la cuti à la tuberculine brute.

Quand on recherche la sensibilité d'un adulte à la tuberculine, il est donc utile de le soumettre à une épreuve témoin avec un bouillon identique à celui qui sert à préparer la tuberculine ou bien de n'utiliser qu'une tuberculine préparée à partir d'une culture de bacille de Koch en milieu synthétique type Sauton. L. Rivet.

ARCHIVES des MALADIES DE L'APPAREIL DIGESTIF ET DE LA NUTRITION (Paris)

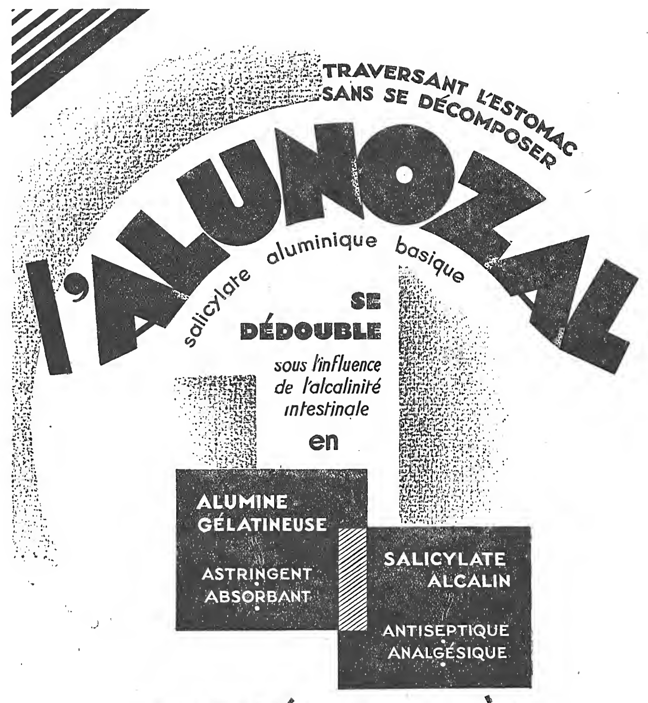
Jean-Charles Roux. ***L'équilibre entre les fermentations et les putréfactions dans le côlon; ses variations et leur valeur séméiologique*** (*Archives des maladies de l'Appareil digestif et des maladies de la Nutrition*, tome XX, nº 4, Avril 1930). — Dans les résidus stercoraux, comme dans les matières alimentaires en décomposition, on observe une série d'actions microbiennes successives : d'abord destruction des résidus d'hydrates de carbone avec formation d'acides organiques divers, puis destruction des substances protéiques avec production d'ammoniaque.

Les diverses techniques proposées pour apprécier ces processus tiennent compte seulement des bactéries des fèces et ne donnent pas une idée exacte du travail bactérien qui a eu lieu à l'intérieur du côlon. Dans les fèces, la plupart des bactéries sont mortes.

Il convient donc d'employer une technique permettant d'apprécier la teneur en acidité et en ammoniaque des fèces évacuées et, par là, le travail bactérien qui s'est effectué à l'intérieur même de l'intestin. On constate ainsi que l'organisme normal arrive à maintenir à un niveau constant la teneur en acides organiques et en ammoniaque du contenu du côlon; c'est là un équilibre réalisé par divers mécanismes dont on ne connaît pas encore tout le jeu.

Mais les observations de R. sur les malades opérés permettent d'attribuer au côlon une importance toute particulière. C'est à ce niveau que les bactéries protéolytiques se développent et s'opposent à un excès anormal d'acidité organique. La sécrétion des bases alcalines par la muqueuse du gros intestin joue également un rôle certain. Mais un des facteurs les plus importants, dans la régularisation de l'acidité organique, c'est l'absorption des acides et de leurs sels solubles dans tout leur trajet colique. Pour toutes ces raisons, le côlon doit être considéré comme le modérateur et le régulateur des fermentations acides du grêle et du cæcum.

Les déviations de cet équilibre s'accompagnent


TRAVERSANT L'ESTOMAC
SANS SE DÉCOMPOSER
l'ALUNOZAL
salicylate aluminique basique
SE
DÉDOUBLE
sous l'influence
de l'alcalinité
intestinale
en
ALUMINE
GÉLATINEUSE
ASTRINGENT
ABSORBANT
SALICYLATE
ALCALIN
ANTISEPTIQUE
ANALGÉSIQUE

rapidement de troubles intestinaux. Ces déviations peuvent être primitives ou secondaires à des entérites, à des troubles moteurs ou sécrétoires qui modifient la composition du milieu intestinal :

1° On pourra constater parfois une diminution des acides organiques, ce qui va de pair en général avec des putréfactions intestinales précoces et peut s'accompagner de troubles divers : douleurs nocturnes, accidents toxiques, troubles hépatiques, désordres nerveux et parfois anémie plus ou moins grave.

2° L'augmentation très souvent observée des acides organiques entraîne une diarrhée acide et des douleurs abdominales variées, faisant croire parfois à une appendicite, parfois à un ulcère gastrique ; elle provoque aussi parfois des troubles cutanés, des désordres nerveux et parfois elle s'associe au développement de la tuberculose pulmonaire ou la précède.

3° Ces variations en plus ou en moins de l'acidité organique ne s'accompagnent pas toujours, comme le voudrait la théorie, d'une variation inverse de la teneur en ammoniaque. Si l'on observe parfois une augmentation de l'ammoniaque chez les malades qui ont une acidité insuffisante des fèces, le plus souvent ce rapport n'existe pas ; l'ammoniaque, corps trop volatil, disparaît rapidement du contenu colique et la séméiologie digestive ne peut tenir compte que des cas où son taux est très au-dessus de la normale. Lorsque l'acidité organique se traduit par des chiffres très élevés, on constate assez souvent une diminution de l'ammoniaque et des processus de putréfaction : c'est le type habituel des diarrhées acides, d'un traitement facile. Mais parfois des chiffres élevés d'acides organiques, en partie saturés, et d'ammoniaque existent simultanément dans les fèces. On observe cette modification dans deux conditions différentes :

Quelquefois l'excès d'acide produit dans le cæcum et le côlon ascendant provoque une irritation anormale de la partie terminale du côlon et entretient une sécrétion albumineuse : c'est une cause de putréfactions secondaires, d'où la nécessité, contrairement aux théories des bactériologistes, de modérer dans certains cas l'acidité organique, qui n'est pas toujours inoffensive.

Dans d'autres cas, au cours d'entérites graves, coexistent des putréfactions et des fermentations excessives : sous l'influence de causes mal connues, l'organisme ne peut plus maintenir à leur taux normal la décomposition bactérienne des résidus stercoraux et laisse le champ libre à une prolifération microbienne exagérée.

4° Enfin, certains individus n'arrivent jamais à stabiliser leur flore intestinale. Ils passent successivement d'une diarrhée acide à une diarrhée putride : c'est un syndrome observé parfois dans les diarrhées chroniques, d'un traitement particulièrement difficile, les variations imprévues du type chimique de la flore intestinale exigeant un régime très complexe et un traitement dont la formule doit varier presque continuellement.

L. Rivet.

ARCHIVES DES MALADIES DU CŒUR DES VAISSEAUX ET DU SANG (Paris)

Ch. Aubertin, P. Thoyer-Rozat et Robert-Lévy. ***La radiothérapie de la maladie de Hodgkin (lymphogranulomatose maligne)*** (*Archives des maladies du Cœur, des Vaisseaux et du Sang*, tome XXIII, n° 5, Mai 1930). — A., T. et L. rappellent l'aspect clinique de la maladie, les éléments du diagnostic et l'importance capitale de la biopsie montrant au niveau du ganglion le polymorphisme cellulaire et la présence de cellules de Sternberg.

La radiothérapie bien conduite peut, sinon aboutir à la guérison complète, du moins retarder largement l'échéance fatale.

Le radiologiste doit avant tout reconnaître la totalité des localisations, ganglionnaires ou autres, qu'il aura à irradier. Avant et pendant le traitement, il faut tenir compte de la courbe de température. L'hyperthermie n'est pas une contre-indication à la radiothérapie, et souvent même la fièvre cède après quelques séances de radiothérapie. Mais une hyperthermie élevée doit rendre très prudent, et l'apparition de fièvre après chaque séance assombrit le pronostic et peut faire craindre une allure suraiguë de la maladie, dictant l'interruption du traitement. La formule sanguine doit être étudiée avant et pendant le traitement, les formes à polynucléose élevée imposant une plus grande réserve ; de même, il est prudent de ralentir le traitement si le chiffre des leucocytes arrive aux environs de 5.000 et de le suspendre, s'il tombe à 3.000 ; il faut enfin surveiller la formule rouge et prescrire, s'il y a lieu, un traitement antianémique. Il importe de surveiller la diurèse, pour faciliter au cours du traitement l'élimination des produits de désintégration provenant de la fonte des masses ganglionnaires. Enfin, il importe de multiplier les biopsies pour contrôler l'action du traitement.

A., T. et L. estiment que, quels que soient les territoires ganglionnaires et leur profondeur, il est indispensable d'utiliser pour la radiothérapie de la lymphogranulomatose maligne un rayonnement de très courte longueur d'onde, fourni soit par des générateurs de rayons X fonctionnant sous une tension de 200.000 volts au moins, soit par le radium, soit par le thorium X.

En ce qui concerne la rœntgenthérapie, ils précisent la technique : filtration, champs, rythme des irradiations (traitement d'attaque, traitement de consolidation, traitement d'entretien), traitement des complications et notamment des métastases osseuses, cutanées, nerveuses et viscérales. Ils précisent ensuite les indications, la technique et le dosage de la curiethérapie, et le traitement par le thorium X, qui, lui aussi, n'est qu'un adjuvant, mais d'application plus facile que le radium, en injections sous-cutanées hebdomadaires de 150 à 300 microgrammes.

La radiothérapie est une arme de destruction puissante des éléments de la lymphogranulomatose, mais le traitement doit être intensif et répété, sans attendre les récidives, par la collaboration de plus en plus étroite du clinicien et du radiothérapeute.

L. Rivet.

L'ENCEPHALE (Paris)

Pignède et Abély (Tours). ***Séquelles lointaines des commotions cérébrales : tableau clinique tardif post-commotionnel*** (*L'Encéphale*, t. XXV, n° 6, Juin 1930). — Il ne s'agit pas ici des trépanés, des blessés du crâne ou des grands commotionnés qui ont sombré dans la démence, la confusion chronique ou l'épilepsie traumatique ; mais des petits commotionnés qui n'ont jamais présenté au niveau du crâne de blessures apparentes, des soldats projetés en l'air ou enterrés par l'explosion très proche d'un projectile, des ouvriers qui ont fait une chute de faible hauteur, des cyclistes ou des motocyclistes bousculés par une automobile.

Tous sont passés par une phase très courte de confusion mentale qui a duré quelques heures seulement et au maximum 2 ou 3 jours ; à peine ont-ils eu quelques plaies superficielles de la face ou du cuir chevelu de la région frontale, très rapidement cicatrisées. Après quelques semaines d'hospitalisation ils ont repris le chemin du front ou celui de l'atelier. Ceux qui se plaignaient de vertiges légers, de céphalées persistantes, étaient versés dans l'auxiliaire ou affectés à un poste plus doux. Exceptionnellement ils étaient réformés ou gratifiés d'une pension.

Or, après de nombreuses années, on les voit revenir, se plaignant d'une aggravation de leurs troubles primitifs et réclamant une amélioration de leur sort.

Généralement on les considère comme des simulateurs ou tout au moins comme des exagérateurs. Et, cependant, un examen neuro-psychique approfondi montre bien la sincérité de leurs allégations. P. et A. ont été appelés à en examiner un nombre assez important et ils ont été frappés par l'identité des symptômes pathologiques qu'ils présentaient. Ce sont :

1° *Dans le domaine intellectuel* : amnésie de fixation, troubles importants de l'attention, puérilisme, fatigabilité extrême des processus intellectuels avec conservation parfaite des notions acquises antérieurement ;

2° *Dans le domaine affectif* : irritabilité morbide, impulsivité, instabilité affective, déséquilibre émotif considérable, tendance aux états neurasthéniques ou à la cyclothymie et quelquefois à la dipsomanie ;

3° *Dans le domaine de l'activité* : aboulie, diminution très marquée de la capacité professionnelle ;

4° *A ces troubles psychiques s'associent toujours* : de la céphalée continue ou intermittente, des vertiges légers qui n'ont pas le caractère épileptique, de la sympathicotonie.

Tous ces symptômes se trouvent habituellement groupés dans leur totalité ; exceptionnellement il en est un qui peut manquer au tableau clinique : c'est le déséquilibre émotif. La dipsomanie, liée en grande partie à un état cyclothymique, est un symptôme occasionnel et peu fréquent.

Les auteurs supposent que probablement des lésions préfrontales (sans doute post-hémorragiques) expliquent en grande partie ce syndrome post-commotionnel.

JOURNAL DE RADIOLOGIE ET D'ÉLECTROLOGIE (Paris)

Dausset et Lucy. ***La part de l'infra-rouge ou de la chaleur radiante dans le traitement des rhumatismes*** (*Journal de Radiologie*, tome XIV, n° 2, Février 1930). — Les bains généraux d'infra-rouge, associés aux rayons lumineux et suivis d'hydrothérapie, sont d'une efficacité remarquable dans les séquelles de rhumatisme aigu. Ils enrayent et parfois font régresser l'évolution du rhumatisme chronique, à la condition de répéter souvent et longtemps les séances ; il faut d'ailleurs les considérer alors surtout comme un précieux adjuvant aux autres médications. Dans le rhumatisme tuberculeux, l'infra-rouge est un bon adjuvant aux applications d'ultra-violets. Il améliore les manifestations blennorragiques locales. Les formes goutteuses bénéficient surtout des procédés de sudation, mais l'infra-rouge y est un adjuvant utile. Il amène souvent la guérison à lui seul dans le lumbago, les rhumatismes musculaires, la cellulite abdominale.

Les auteurs déclarent : 1° ne pouvoir préciser quelle est la longueur d'onde particulièrement utile ; 2° penser, sans être capables d'en fournir la preuve, que l'excitation de la peau par les rayons lumineux est, de son côté, très utile ; 3° insister sur ce fait que, dans la plupart des cas, les infra-rouges sont un adjuvant très précieux, mais non une médication spécifique.

Leur travail est basé sur des centaines de cas traités à l'Hôtel-Dieu de Paris.

A. Laquerrière.

Delherm, Savignac et Morel Kahn. ***La diathermie dans le traitement des périviscérites douloureuses*** (*Journal de Radiologie*, tome XIV, n° 2, Février 1930). — Les périviscérites se traduisent par des troubles de l'état général : amaigrissement, réactions fébriles légères, neuropsychasthénie ; des troubles digestifs : constipation, parfois débâcles diarrhéiques, digestions lentes

aérophagie, haleine fétide, etc., s'accompagnant de céphalées et de migraines; des troubles douloureux, dont les caractères et les localisations sont tout à fait variables d'un sujet à l'autre, mais dans la majorité des cas, assez localisés, ils peuvent siéger dans la paroi, dans le viscère, dans les plexus.

Ce n'est que par un examen radiologique minutieux, suivant la progression du repas opaque dans chaque segment d'intestin, qu'on peut établir l'existence, la localisation, l'étendue de la périviscérite. Il y a, en général, soit un foyer de la fosse iliaque droite, soit un foyer au niveau du carrefour sous-hépatique, soit une association des deux. Plus rarement, les lésions peuvent se localiser en une autre région, ou se disséminer en des points multiples de l'abdomen.

S'il peut exister des périviscérites congénitales, si la syphilis, si la tuberculose favorisent la production d'adhérences, si enfin les grands nerveux sont prédisposés à souffrir beaucoup de ces adhérences, il faut reconnaître que presque toujours le syndrome périviscérite douloureuse a pour point de départ un état infectieux, surtout un état infectieux chronique, ou un traumatisme, le plus souvent chirurgical.

Le traitement logique semblerait être la destruction chirurgicale des adhérences, mais l'opération doit être minutieuse, et, par conséquent, longue, si on veut être sûr de l'avoir faite complète ; et le traumatisme opératoire prédispose à de nouvelles adhérences. En fait, il ne faut pas attendre, pour opérer que le malade soit épuisé; mais il ne faut opérer, qu'après essai infructueux d'un traitement médical, car, d'une part, l'opération ne donne ses pleins effets que si elle est suivie d'un traitement médical prolongé, d'autre part on observe souvent des récidives un certain nombre de mois après l'intervention.

Le traitement médical doit consister : 1° en régime alimentaire, régulateurs intestinaux (paraffine), cures thermales, gymnastique, massage, désinfectants; 2° procédés visant à relever l'état général et à calmer le nervosisme : hydrothérapie, médication tonique ; 3° thérapeutique visant la douleur : les analgésiques et les opiacés produisent dans ces cas une accoutumance assez rapide, les malades augmentent les doses, et se transforment « en boîte de pharmacie ».

Les ultra-violets sont utiles comme tonique général et antispasmodique, le courant continu combat la constipation et calme l'irritabilité des plexus, l'ionisation de certains médicaments peut agir en surface comme les injections intradermiques, les infra-rouges sont un excellent procédé de sédation; les rayons X, en cas d'échecs d'autres moyens, permettent d'agir sur les centres sympathiques, etc.

Mais, dans la majorité des cas, le traitement le plus indiqué est la diathermie : elle agit sur l'état général, sur le fonctionnement de l'intestin et, surtout, elle provoque une suractivité de la circulation, elle est antispasmodique, elle est analgésique.

Elle doit être utilisée de façon à produire une chaleur douce et régulière. Les séances trop intenses ou trop longues peuvent produire de la congestion; dans la majorité des cas, on se trouvera bien d'une durée de 20 minutes tous les deux jours. Les contre-indications sont les affections inflammatoires aiguës, l'ovaire scléro-kystique, les syndromes hémorragiques.

Sur 110 malades, dont 14 sont à éliminer (en cours de traitement ou disparus), les auteurs ont obtenu :

a) Syndrome du carrefour, 19 cas : 14 opérés (dont 7 plusieurs fois) : 6 guérisons, 5 améliorations, 3 stationnaires ; — 5 non opérés : 5 améliorations.

b) Syndrome iliaque droit, 44 cas : 37 opérés (dont 12 plusieurs fois) : 9 guérisons, 22 améliorations, 6 stationnaires ; — 7 non opérés ; 7 améliorations.

c) Syndrome mixte, 22 cas : 21 opérés (dont 8 plusieurs fois) : 4 guérisons, 8 améliorations, 9 stationnaires ; — non opéré, 1 : 1 amélioration.

d) Syndrome abdominal, 11 cas : 6 opérés (dont 2 plusieurs fois) : 1 guérison, 4 amélorations, 1 stationnaire ; — non opérés, 5 : 5 améliorations.

En somme, chez les malades opérés préalablement, 75 pour 100 à peu près, et, chez les non opérés 100 pour 100, ont pu reprendre une vie normale, mais il faut savoir que le traitement a besoin d'être prolongé et qu'il est bon, au bout d'un certain nombre de mois, de refaire une série « de consolidation ». A. Laquerrière.

GYNÉCOLOGIE ET OBSTÉTRIQUE

(*Paris*)

J. Voron et H. Pigeaud. ***Etude anatomo-pathologique des hémorragies intracraniennes sous-dure-mériennes mortelles du nouveau-né, d'origine non traumatique*** (*Gynécologie et Obstétrique*, tome XXI, n° 1, Janvier 1930. — Parmi les hémorragies intracraniennes du nouveau-né, il en est qui sont indépendantes de tout facteur traumatique. Plus exactement, le traumatisme du travail est incapable, à lui seul, de créer de tels accidents; il se borne à mettre brutalement en évidence une tare héréditaire jusque-là latente.

Les auteurs exposent comment il faut faire les autopsies pour étudier la réalité et la topographie de ces hémorragies. Ils rapportent, à titre d'exemple, 12 observations anatomo-cliniques où l'autopsie a été minutieusement menée, où il y a eu un examen microscopique des zones malades et où on a relevé tous les stigmates de syphilis congénitale.

Topographie des lésions. — V. et P. n'ont jamais rencontré de céphalhématome interne.

Les lésions qu'ils ont vues étaient soit méningées, soit plus rarement encéphaliques et méningées. Jamais il n'y avait de lésions des centres nerveux sans hémorragie méningée.

L'hémorragie n'est jamais unique.

Les foyers les plus fréquents sont le lobe occipital et, surtout, le cervelet et le bulbe (hémorragie sous-tentoriale, responsable de certaines morts subites du nourrisson). Parfois on trouve des hémorragies ventriculaires et des hémorragies interstitielles.

Présence de lésions inflammatoires préexistantes. — Dans 2 cas sur 12, V. et P. ont trouvé, autour de capillaires, des amas lymphocytaires permettant de parler d'encéphalite et, dans 7 cas, ils ont trouvé des signes de méningite chronique. Ils rappellent, à ce propos, les constatations de Waitz et Chabrun.

Les *lésions de la tente du cervelet* sont d'une fréquence extrême. Les déchirures se voient dans la moitié des cas, les lésions hémorragiques sont constantes. Dans 4 cas, les hémorragies étaient anciennes. Souvent, aussi, il y avait des signes d'inflammation préexistante.

Des *hémorragies viscérales concomitantes* ont été trouvées 5 fois (dans le foie surtout, dans le rein, la rate, la surrénale, le poumon). V. et P. se demandent s'il n'y a pas à l'origine de ces lésions une fragilité vasculaire spéciale et un trouble de la crase sanguine conduisant à une moindre coagulabilité. La syphilis congénitale leur semble devoir être retenue dans l'étiologie de ce syndrome hémorragique. Henri Vignes.

S. Selitzky. ***Les dermatoses, les toxidermies et les melanodermies de la grossesse*** (*Gynécologie et Obstétrique*, tome XXI, n° 1, Janvier 1930). — S. insiste, d'abord, sur l'importance de l'orientation biochimique dans l'étude de l'obstétrique.

Il indique l'importance considérable des modifications de la peau pendant la gestation. Mais, si nous possédons une théorie, d'ailleurs imparfaite, des toxicoses de la grossesse, nous n'avons pas de théorie des dermatoses gravidiques.

La peau de la femme passe par des phases d'hyperponction et d'hypofonction. Pendant la gestation, l'organisme fonctionne de façon intense ; donc, la peau a bien des chances de faire de même.

Les modifications de dépôt du pigment sont d'observation courante. Ce pigment est élaboré par les cellules épithéliales; mais, parfois, il peut provenir du sang. Donc, les anomalies de la pigmentation doivent faire suspecter une toxémie. Bien des mélanoses sont bénigmes ; d'autres peuvent accompagner des déviations du cours normal de la grossesse. Chez les femmes à bassin rétréci, la ligne brune est plus marquée, plus large, moins bien limitée. La pigmentation doit être considérée comme relevant du foie, de la rate, des surrénales. Il y a souvent des douleurs hépatiques, des troubles de la sécrétion biliaire, des symptômes de toxicoses en cas de pigmentation accentuée et aussi des signes de dysfonction thyroïdienne, surrénale, hypophysaire.

Chez les femmes très pigmentées, il faut craindre l'éclampsisme, un travail lent, une involution utérine prolongée. « Il est difficile, reconnaît S., de dire, à l'heure qu'il est, comment doivent être conciliés ces phénomènes. »

L'association prurit + éclampsie + dermatose + chorée est un témoignage de toxémie,

S. rapporte un cas de Krastilewski : apparition, sept jours avant l'accouchement, de prurit chez une femme qui a eu 15 enfants et 15 fois ce phénomène.

La perspiration insensible (étudiée par la méthode de Galiotti) est très variable chez les femmes enceintes. Elle reste imparfaite chez les éclampsiques et, surtout, chez celles d'entre elles qui font de l'œdème pulmonaire.

L'hyperglycémie gravidique, l'hypercholestérolémie jouent un rôle dans certains cas de prurit. Les dermatites gravidiques sont une espèce de toxémie; les propriétés constitutionnelles de l'organisme expliquent les variétés de formes cliniques.

La nécessité d'interrompre la gestation s'impose rarement; mais des maladies bénignes, tel le prurit, peuvent entraîner une interruption spontanée de la gestation.

Les dermatoses gravidiques sont sujettes à la récidive, comme s'il y avait une insuffisance constitutionnelle de la peau.

Beaucoup de dermatoses gravidiques sont symétriques. Beaucoup s'accompagnent d'insomnie.

La paresthésie est fréquente.

Les modifications capillaroscopiques sont accentuées : le cours du sang est lent et saccadé dans les dermatoses gravidiques.

Le traitement local doit être envisagé avec réserve. La saignée est préconisée par Ascbner. Pinard conseillait le repos et le régime lacté. L'autohémothérapie, le goutte à goutte rectal de NaCl, le chlorure de calcium sont utiles. S. se loue fort du sérum de cheval.

Il faut regarder les illustrations qui accompagnent cet article. Henri Vignes.

LE NOURRISSON

(*Paris*)

A.-B. Marfan (Paris). ***Nouvelle étude sur le babeurre*** (*Le Nourrisson*, tome XVIII, n° 3, Mai 1930). — M., ayant étudié le babeurre à plusieurs reprises, fait part dans cet article des résultats de son expérience des dernières années.

Le babeurre dont il rappelle le mode de préparation après fermentation, écrémage et barattage est additionné de 40 gr. de sucre de canne par litre, de 2 ou 3 pincées de sel et d'une cuillerée à soupe rase de farine de riz, froment, orge, arrow-root ou

fécule de pommes de terre. Le babeurre employé par M. présente une acidité à peu près fixe aux environs de 6 gr. d'acide lactique par litre. Il doit être consommé dans les vingt-quatre heures. M. signale que le *babeurre concentré* est un produit très recommandable s'il est de bonne marque.

Certains auteurs estiment que les bons effets du babeurre sont surtout attribuables à la présence d'acide lactique. Telle n'est pas l'opinion de M. qui recommande, au contraire, de diminuer l'acidité du babeurre par l'adjonction d'eau de chaux officinale dans la proportion d'un dixième au moins.

Le babeurre, comparé au lait, est remarquable par: *a*) sa pauvreté en beurre; *b*) la diminution légère du lactose et la présence d'acide lactique: *c*) sa richesse en albumine, surtout en caséine et l'état particulier de celle-ci. Un litre de babeurre pur représente environ 350 calories. L'addition de sucre et de farine porte sa valeur alimentaire à 520 calories. Son pouvoir nutritif est donc inférieur à celui du lait ordinaire, mais cette insuffisance n'a que peu d'inconvénients parce que le babeurre est donné soit comme *aliment complémentaire* dans l'allaitement mixte des nouveau-nés, surtout des débiles ou des hypotrepsiques, soit comme *aliment-médicament* à des nourrissons malades incapables d'élaborer une ration complète.

Le babeurre est un bon *aliment de transition* pour passer de la diète hydrique à la diète lactée dans le traitement de la diarrhée commune ou cholériforme des nourrissons à qui on ne peut donner du lait de femme et lorsque leur âge ne leur permet pas de prendre des bouillies de farine à l'eau, c'est-à-dire lorsqu'ils ont moins de 5 à 6 mois.

Le babeurre est en somme indiqué dans tous les cas où l'on employait le lait d'ânesse. Il a même des applications plus étendues puisqu'on peut s'en servir pour faire des bouillies, ce qui n'est pas le cas pour le lait d'ânesse. G. Schreiber.

Ribadeau-Dumas, R. Mathieu et L. Willemin (Paris). ***L'utilisation des protéines végétales dans l'alimentation du nourrisson*** (*Le Nourrisson*, tome XVIII, n° 3, Mai 1930). — R.-D., M. et W. publient dans cet article le résultat de leurs recherches expérimentales et cliniques concernant l'*aleurone de tournesol*, substance alimentaire mise en valeur en 1928 par Emile André, pharmacien chef de la Salpêtrière. Ce dernier a attiré l'attention sur l'aleurone des graines oléagineuses et a présenté comme type le produit tiré de l'hélianthe annuel ou grand soleil, plante originaire du Pérou.

Les études chimiques entreprises par Wehmer, André, Penau, révèlent la richesse du tournesol en albuminoïdes et sels phosphorés. Le produit utilisé par R.-D. et ses collaborateurs a une teneur en azote qui correspond à une proportion d'albuminoïde dépassant 50 à 60 pour 100, plus élevée que ne peuvent donner les produits animaux ou même le soja.

Les recherches expérimentales entreprises sur le rat blanc ont montré, d'autre part, que, si la farine de tournesol ne contient que peu ou pas de vitamine A, elle est, par contre, riche en vitamine B. Les protéines qu'elle fournit sont qualitativement insuffisantes, mais elles peuvent donner de beaux résultats si l'on y adjoint une quantité convenable de lactalbumine ou de levure de bière.

L'aleurone de tournesol a permis à R.-D., M. et W. d'instituer dans certaines circonstances un régime végétarien de préférence à un régime mixte ou animal. Ils ont utilisé, à cet effet, une bouillie maltée à la farine de riz dans laquelle ils incorporaient 4 pour 100 d'aleurone. La valeur de cette bouillie était de 700 calories pour un litre.

Ayant soumis en un an à ce régime une centaine d'enfants âgés de 3 mois à 2 ans, enfants malades atteints de troubles digestifs divers, R.-D., M. et W. ont pu constater que l'aleurone de tournesol permet de constituer un régime suffisamment riche en protéines, phosphore, chaux et différents sels. Toutefois, pour obtenir un régime de croissance il est nécessaire d'adjoindre à la bouillie précédente, d'une part du chlorure de sodium et, d'autre part, la vitamine B et des amino-acides.

Ce régime ainsi complété ne semble ni scorbutigène, ni rachitigène, mais, à défaut d'une appréciation encore imprécise de sa déficience possible en vitamines, il est prudent de donner au malade des jus de fruits frais et de l'huile de foie de morue.

G. Schreiber.

LE JOURNAL MÉDICAL FRANÇAIS

(Paris)

Prof. A. Clerc. *L'obstruction coronarienne aiguë* (*Le Journal médical français*, tome XIX, n° 2, Février 1930), — Ce numéro du *Journal médical français*, entièrement rédigé sous la direction du professeur A. Clerc, avec la collaboration de plusieurs de ses élèves, est consacré à l'étude des divers aspects de la question si importante et si à l'ordre du jour des obstructions coronariennes aiguës.

Dans un premier article, A. Clerc met au point l'*anatomie médicale des artères coronaires*. De sa description il convient de retenir notamment les points suivants: 1° la plupart du temps, ces artères sont terminales, et, en conséquence, l'oblitération d'un tronc spécialisé (faisceau de His, par exemple) amènera des troubles profonds de la nutrition et du fonctionnement par suite de la nécrose due à ce que l'artère était terminale; 2° la coronaire gauche est bien plus importante que la droite, si bien que l'oblitération de cette dernière n'a que peu de retentissement sur le fonctionnement du cœur; 3° la possibilité d'anastomoses ou d'anomalies explique pourquoi l'oblitération d'une branche donnée ou bien n'entraînera pas la nécrose ni la défaillance locale escomptée, ou bien ne se fera pas sentir exactement sur la zone d'influence que la théorie lui aura assignée.

Dans les articles suivants: M. Léon Binet présente des *remarques physiologiques sur la circulation coronaire*; MM. A. Clerc, P.-Noël Deschamps, M. Bascourret et Robert-Lévy étudient les *conséquences de l'obstruction coronarienne expérimentale*; MM. A. Clerc et M. Bascourret envisagent l'*anatomie pathologique de l'oblitération coronarienne*, d'après les travaux récents, qui ont d'ailleurs bien peu ajouté à la description donnée par René Marie dans sa thèse de 1897.

L. Rivet.

Prof. C. Pezzi (Milan). ***L'infarctus du myocarde en clinique; symptomatologie de l'oblitération coronarienne.*** — **A. Clerc et Robert Lévy.** ***Modifications des complexes électriques ventriculaires observées dans le cas d'infarctus myocardique*** — **A. Clerc.** ***Formes cliniques de l'infarctus myocardique.*** — **A. Clerc.** ***Diagnostic de l'infarctus myocardique*** (*Le Journal médical français*, tome XIX, n° 2, Février 1930). — La forme pure, indépendante de toute manifestation cardiaque antérieure, est caractérisée par 4 signes fondamentaux: la douleur, véritable état de mal angineux avec irradiations surtout vers l'épigastre et l'abdomen; le choc circulatoire entraînant la tendance à la syncope avec pouls petit, très faible, tension très basse, visage pâle et cyanosé; la fièvre, qui est constante, mais qui doit être recherchée avec soin, car elle est parfois peu élevée et éphémère, et qui s'accompagne toujours d'une leucocytose qui dure peu dans les cas bénins, mais se prolonge et même s'exagère s'il se produit de la nécrose; un frottement péricardique localisé dans la région de l'infarctus, qui a de la valeur quand il existe, mais qui manque assez souvent. A ces symptômes s'ajoutent souvent des troubles cardiaques, pulmonaires et gastro-intestinaux qui peuvent égarer le diagnostic.

Les modifications observées dans les complexes électriques ventriculaires ont une très grande importance pour le diagnostic, ainsi que l'exposent A. Clerc et Robert Lévy. Médecine expérimentale, ligature chirurgicale, obstruction pathologique donnent des résultats remarquablement concordants, et, s'il n'est pas toujours facile d'expliquer le mécanisme des anomalies graphiques, elles nous montrent cependant toujours qu'il y a quelque chose de trouble dans le fonctionnement d'une portion du cœur et fournissent, par conséquent, du vivant même du malade, un substratum physiologique et même anatomique aux troubles et accidents cliniques observés.

A côté des formes cliniques aisément diagnosticables, il en est d'autres caractérisées par l'intensité prédominante d'un syndrome particulier, qui égare fréquemment le diagnostic; il faut citer notamment la forme gastro-intestinale, la forme gastro-péritonéale de Gallavardin, où le facies grippé, les vomissements porracés, le météorisme, la douleur abdominale spontanée et à la pression évoquent plutôt l'existence d'une perforation abdominale que celle d'une obstruction coronarienne.

Dans les premiers jours, la tendance constante à la syncope rend le pronostic plus que réservé et, même alors que les douleurs se seront atténuées, la défaillance brusque n'en restera pas moins redoutable et sera annoncée par la multiplication des extra-systoles et le développement d'une tachyarythmie, si bien que, pendant plusieurs semaines, le médecin sera incapable de se prononcer sur le pronostic.

Ultérieurement, la situation s'éclaircit, quoique encore des reprises soient possibles, entraînant rapidement la mort. D'autre part, à cette période, il faut rechercher les séquelles qui se traduisent tantôt par une défaillance myocardique tenace et rebelle à tout traitement, tantôt par un état angineux atténué: c'est alors que les tracés électriques pris en série et les radiographies du cœur pourront permettre de soupçonner l'existence de ces plaques de sclérose cardiaque que René Marie avaient décrites anatomiquement.

Enfin, parfois, on aura à se demander si la guérison complète n'est pas obtenue, mais on ne devra jamais l'affirmer sans que les tracés électriques soient normaux, et il faut reconnaître que, même cette condition admise, il ne faut pas se presser de proclamer que l'horizon est définitivement débarrassé de tout nuage (A. Clerc). L. Rivet.

A. Clerc et P.-Noël Deschamps. *Traitement de l'infarctus myocardique* (*Le Journal médical français*, tome XIX, n° 2, Février 1930). — Le traitement consiste tout d'abord à lutter contre la douleur par l'application d'une vessie de glace devant le cœur et par la morphine ou ses succédanés (même à forte dose, si c'est nécessaire), et contre l'effondrement de l'énergie contractile du cœur par la digitaline à doses moyennes (pas plus de 10 gouttes de la solution au 1/1000e par jour par la bouche, sans dépasser L à LX gouttes pour l'ensemble de la cure), et, si le choc est imminent, l'ouabaïne en injections intraveineuses (avec prudence, en commençant par la dose de 1/8 de milligramme, une ou deux fois par vingt-quatre heures, en allant au 1/4 de milligramme les jours suivants, mais en surveillant soigneusement les réactions du myocarde), sans compter les injections sous-cutanées de camphre.

Dans certains cas, l'œdème pulmonaire pourrait justifier la saignée, qui restera prudente, en raison de l'hypotension. D'autre part, en cas de syncope, les injections de caféine, et surtout d'adrénaline, deviendront nécessaires, ce dernier médicament devant être alors introduit dans les veines et, au besoin, directement dans l'intérieur des cavités cardiaques.

Si le malade surmonte sa crise, on doit le laisser longtemps au repos absolu et sous la surveillance médicale, en sachant que le moindre effort ou un lever intempestif peut faire revenir des accidents graves et même la mort subite. Aussi l'hygiène et la thérapeutique, sauf exceptions très rares, resteront-elles pour toujours ce qu'elles doivent être vis-à-vis de tout malade atteint d'une insuffisance chronique du ventricule gauche ou d'angine de poitrine, avec tous les aléas qu'entraînent la possibilité d'une reprise brutale et la réalité d'un avenir incertain. L. RIVET.

PARIS MÉDICAL

G. Milian. *Syphilis sans chancre* (*Paris médical*, tome XX, n° 17, 26 Avril 1930). — Le chancre peut passer inaperçu ou être méconnu, mais ce n'est pas une raison pour nier la possibilité de la syphilis sans chancre. L'expérimentation a démontré sa réalité, soit par inoculation dans le scrotum, soit par inoculation intra-veineuse.

En clinique, on observe la syphilis sans chancre, dans diverses circonstances.

La syphilis conceptionnelle, dans laquelle la femme est contaminée par le produit de la conception, a donné lieu à maintes discussions. On lui a fait des objections théoriques et Tzanck a rapporté une observation qui semble démontrer que le fœtus peut être contaminé du fait de son père indépendamment de la mère.

Dans l'hérédo-syphilis, on ne trouve pas de chancre initial : le nourrisson est contaminé par le sang de la mère qui lui est apporté par la veine ombilicale; le foie, premier système capillaire interposé, fourmille de tréponèmes.

Il existe aussi des faits incontestables d'entrée de la syphilis par la peau et les muqueuses alors qu'il n'y a pas eu de chancre visible au point d'inoculation : le bubon est le premier symptôme. M. rapporte une nouvelle observation dans laquelle le chancre, minutieusement recherché et attendu, ne fut jamais observé.

L'inoculation veineuse périphérique au cours de la transfusion a donné dans quelques cas une syphilis indubitable sans chancre. Il en existe une dizaine d'observations dans la littérature médicale et il est probable que ce chiffre est inférieur à la réalité. La période primo-secondaire et la période secondo-tertiaire sont les plus dangereuses à ce point de vue, mais la syphilis tertiaire elle-même est susceptible de donner la syphilis par transfusion sanguine.

La période d'incubation de la roséole après inoculation vasculaire est la même que celle après le chancre. La veine ombilicale du fœtus joue le même rôle que la veine périphérique en cas de transfusion sanguine.

La pénétration transcutanée sans chancre s'expliquerait par insuffisance du germe envahissant en nombre et en virulence et surtout par la réaction de défense du sujet envahi. L'action d'une médication anti-syphilitique ou une infection syphilitique antérieure permettrait la surinfection du sujet sans développement d'un chancre au point d'inoculation.

La conclusion pratique est la nécessité d'étudier soigneusement les donneurs de sang pour la transfusion, non seulement au point de vue du groupe sanguin, mais au point de vue syphilis et cet examen doit être répété au moins une fois par mois en raison de contagion ultérieure possible ou de réveil d'une vieille syphilis endormie.

ROBERT CLÉMENT.

Cl. Regaud. *La verruga péruvienne* (*Paris médical*, tome XX, n° 17, 26 Avril 1930. — La verruga est une maladie infectieuse, éruptive, exclusivement péruvienne, limitée à certaines vallées étroites et chaudes du versant occidental des Andes entre le 7e et le 13e degré de latitude sud. On ne la contracte qu'à une altitude comprise entre 800 et 2.500 mètres environ et principalement dans les ravins à l'abri des vents d'ouest. On ne s'expose pas à prendre la verruga en traversant ces vallées de jour : il faut y séjourner pendant la nuit.

Après une incubation de 3 semaines à 2 mois, apparaissent une anémie progressive, des courbatures, des douleurs articulaires ou musculaires et une fièvre en général minime.

A cette période d'invasion succède une éruption formée ordinairement de petites papules saillantes, arrondies, lisses, roses ou rouges foncé. L'éruption débute par la partie inférieure des jambes, envahit les membres et la face, épargne le tronc. Plus rarement, l'éruption revêt l'aspect de tumeurs cutanées peu nombreuses et volumineuses, qui peuvent se pédiculiser, se sphacéler, s'ulcérer et devenir le point de départ d'hémorragies redoutables. L'éruption dure de quelques semaines à plusieurs mois et se fait par poussées successives.

L'évolution de la verruga est bénigne; une première atteinte confère l'immunité.

Il existe deux formes : une verruga bénigne et une verruga maligne sans éruption, qui correspond à la fièvre de la Oroya.

Le germe pathogène serait « Bartonella bacilliformis » découvert par Barton en 1909, cultivé par Hercelle et Noguchi, inoculable au singe et à divers animaux et transmis à l'homme par trois espèces de petits phlébotomes, particulièrement « Phlebotomus Noguchi. » ROBERT CLÉMENT.

LE BULLETIN MÉDICAL

(Paris)

R.-J. Weissenbach et F. Françon. *Quelques éléments du pronostic dans les rhumatismes chroniques* (*Le Bulletin médical*, tome XLIV, n° 28, 28 Juin 1930). — Laissant de côté le pronostic *quoad vitam* et le pronostic social, W. et F. cherchent sur quoi on peut se baser pour faire le pronostic fonctionnel du rhumatisme chronique. Il faut d'abord s'efforcer d'établir un diagnostic précis et complet et de mettre en lumière les causes en jeu.

Les symptômes fournissent un certain nombre d'indications pronostiques. La polyarthrite déformante progressive est un des types les plus pernicieux de rhumatisme chronique; la bilatéralité, la tendance progressive de l'affection, la cachexie qu'elle entraîne le plus souvent en font une affection redoutable, de pronostic toujours sérieux.

Parmi les autres arthrites, les éléments pronostiques sont tirés de l'état anatomique, de l'image radiographique et des signes cliniques. Chaque articulation a une valeur fonctionnelle absolue et une valeur fonctionnelle relative à la profession. La nature du mouvement limité importe beaucoup. Pour les ankyloses, l'attitude dans laquelle elle fixe l'articulation est de très grande importance au point de vue fonctionnel. Le siège et le nombre des arthrites est un élément de pronostic ainsi que la tendance extensive.

On peut encore tirer quelques éléments pronostiques des symptômes associés : l'amaigrissement, les adénopathies, l'existence d'une splénomégalie, d'une cirrhose, de névralgies funiculaires, de sueurs profuses assombrissent l'avenir des malades chez qui on les constate.

Le pronostic découle encore des notions pathogéniques et étiologiques. Les dominantes étiologiques permettent d'envisager quelquefois le caractère bénin et grave du rhumatisme chronique, sa curabilité au moins relative, etc... Il faut aussi discriminer la part des divers mécanismes pathogéniques : infectieux, toxiques, mécaniques, nerveux, endocriniens, et tenir compte des causes médiates comme le sexe, l'âge, l'hérédité, la race, la classe sociale, la profession, le climat, etc...

ROBERT CLÉMENT.

Robert Merklen (Aix-les-Bains). *Rhumatisme chroniques et système nerveux végétatif* (*Le Bulletin médical*, tome XLIV, n° 28, 28 Juin 1930). — Laffitte et May invoquent en faveur de l'origine sympathique du rhumatisme chronique un faisceau impressionnant d'arguments : la symétrie, la prédominance aux extrémités, l'évolution par poussées, les analogies avec les affections qu'ils ont groupées sous le nom « d'ectosympathoses », au point de vue clinique et au point de vue étiologique ; les lésions nerveuses organiques discrètes correspondant aux centres sympathiques. Les causes réflexes du rhumatisme chronique, le froid, l'humidité, sont très caractéristiques de la pathologie sympathique; les causes fonctionnelles, les troubles endocriniens et surtout le déséquilibre glandulaire à prédominance thyro-ovarienne se retrouvent dans le rhumatisme déformant et dans les ectosympathoses.

M. P. Weil insiste sur le facteur vago-sympathique dans la pathogénie du rhumatisme de la ménopause; la symétrie des lésions, leur prédominance aux mains, l'amyotrophie, la coexistence de migraines, d'urticaire, sont autant de signes en faveur de cette théorie.

C'est par des troubles trophiques, des troubles du tonus musculaire entraînant des rétractions fibreuses et surtout des troubles vaso-moteurs que se traduit l'altération du système végétatif dans le rhumatisme chronique déformant.

Dans les arthrites traumatiques qui présentent quelque parenté avec le rhumatisme déformant, Leriche a insisté sur le rôle capital des phénomènes vaso-moteurs et le traitement chirurgical, qu'il oppose à ces arthrites traumatiques, démontre l'intervention du sympathique dans la pathogénie de ces affections.

Le rôle du système nerveux végétatif dans les rhumatismes chroniques présente encore beaucoup de points obscurs, mais il permet d'expliquer l'action des traitements thermaux de cette affection qui, agissant sur la trophicité, le tonus musculaire et la sudation, modifient les régimes vaso-moteurs généraux et locaux.

ROBERT CLÉMENT.

LE JOURNAL DE MÉDECINE DE LYON

A. Pic et P. Delore. *Données pratiques sur l'abcès de fixation.* — **A. Pic et P. Delore.** *Mode d'action de l'abcès térébenthiné.* — **A. Pic et P. Delore.** *Le bilan de l'abcès de fixation en dehors des affections broncho-pulmonaires; l'abcès de fixation dans les affections broncho-pulmonaires.* — **A. Pic et P. Delore.** *L'abcès de fixation en médecine vétérinaire.* — **P. Delore.** *Dérivation leucocytaire et tuberculose.* — **A. Pic et P. Delore.** *Considérations générales sur la méthode de Fochier* (*Journal de Médecine de Lyon*, tome XI, n° 247, 20 Avril 1930). — L'abcès de fixation par injection sous-cutanée d'essence de térébenthine, préconisé d'abord par Fochier dans le traitement des septicémies, a fait l'objet de nombreuses discussions; P. et D. ici, dans une série d'articles, cherchent à faire le bilan de la méthode.

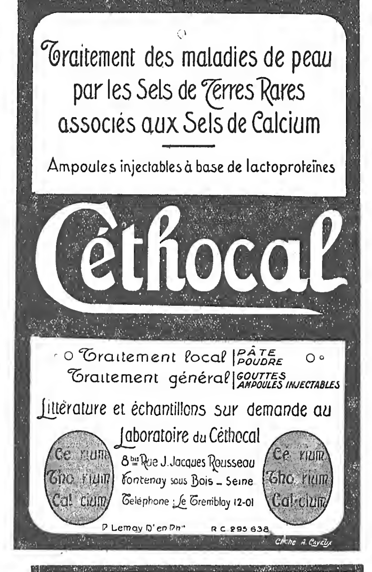
C'est encore l'essence de térébenthine qui semble être la meilleure substance à injecter à la dose de 1 cmc 1/2. P. et D. préfèrent l'injection dans la paroi antéro-latérale gauche de l'abdomen pour la première injection. Ils estiment que l'incision doit être assez tardive et la pratiquent au plus tôt vers le 8e jour, lorsque l'abcès est bien collecté et fluctuant.

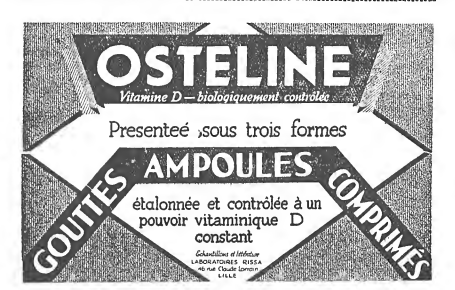
Les accidents sont exceptionnels si la technique a été correcte.

Il n'y a guère, comme contre-indication, que l'œdème et le diabète.

Le mode d'action de l'abcès térébenthiné est complexe. Les théories proposées — fixation des microbes et des toxines; absorption de l'essence


DIGITALINE
PETIT-MIALHE
CRISTALLISÉE
MARQUE DÉPOSÉE
8, Rue Favart, PARIS
DIGI-MIAL-BAINE
Association de la digitaline Petit-Mialhe
et de l'Ouabaïne X à XXX gouttes par jour.
MIAL BAINE
Oubaïne XXX à CL gouttes par jour.


Traitement des maladies de peau
par les Sels de Terres Rares
associés aux Sels de Calcium
Ampoules injectables à base de lactoprotéines
Céthocal
Traitement local | PÂTE POUDRE
Traitement général | GOUTTES AMPOULES INJECTABLES
Littérature et échantillons sur demande au
Laboratoire du Céthocal
8 bis Rue J. Jacques Rousseau
Fontenay sous Bois - Seine
Téléphone : Le Tremblay 12-01
P. Lemay D'en Ph.
R C 295 638


OSTELINE
Vitamine D — biologiquement contrôlée
Presenteé sous trois formes
AMPOULES
GOUTTES
COMPRIMÉS
étalonnée et contrôlée à un
pouvoir vitaminique D
constant
Échantillons et littérature
LABORATOIRES RISSA
46 rue Claude Lorrain
LILLE


Glaxo

de térébenthine considérée comme un antiseptique et un oxydant; action révulsive; action leucogène — semblent insuffisantes aux auteurs qui attachent plus d'importance aux modifications humorales dues notamment aux produits d'autolyse leucocytaire, à la rénovation des globules blancs et à une action de choc. La dérivation leucocytaire surtout jouerait un rôle majeur : l'abcès de fixation serait un abcès de dérivation.

« L'abcès térébenthiné est indiqué dans tout état septicémique, lorsqu'il y a des signes d'infection grave, avec insuffisance ou manque d'un traitement spécifique, après échec des traitements usuels. » L'infection puerpérale, les septicémies et les septicopyohémies chirurgicales, l'encéphalite épidémique, les méningococcies, les néphrites infectieuses aiguës, les formes malignes des fièvres éruptives, les infections du groupe typhique sont les affections où l'abcès est particulièrement indiqué. Certaines intoxications graves, par les sels métalliques et par les champignons, certains cas de psychiatrie d'urgence et d'état de mal épileptique sont aussi justiciables de la méthode.

C'est dans les infections broncho-pulmonaires aiguës que la méthode semble avoir donné les meilleurs résultats. Dans deux séries superposables de pneumonie, la mortalité sans abcès fut de 27 pour 100, avec abcès de 7 pour 100. Un cas de mal asthmatique fut remarquablement jugulé par l'abcès térébenthiné.

En médecine vétérinaire, l'abcès de fixation tend à remplacer le séton et occupe une place très importante dans la thérapeutique des septicémies et des affections pulmonaires du type pneumonique et broncho-pneumonique, surtout chez le cheval et le chien.

Dans la tuberculose aiguë et subaiguë, l'abcès de fixation n'a aucune action, mais, au cours de la tuberculose pulmonaire chronique, il amènerait une diminution passagère de l'expectoration. Delore, à ce propos, insiste sur l'importance des phénomènes de dérivation en tuberculose pulmonaire et sur le rôle joué parfois par une localisation suppurée extra-pulmonaire.

En tout cas, la valeur pronostique de l'abcès de fixation est admise sans conteste. Si on discute la valeur curative, c'est en raison d'insuccès qui tiennent à ce que l'injection est faite trop tardivement, à ce qu'elle n'est pas répétée lorsque la première tentative n'a pas donné de réaction.

L'opposition à la méthode est basée sur les douleurs excessives ou des accidents résultant de fautes de technique. Si la méthode manque encore de bases scientifiques, elle est simple, sans danger et souvent efficace lorsqu'elle est appliquée correctement et à bon escient; elle a résisté aux critiques et à l'épreuve du temps. La pyothérapie aseptique passive ne saurait remplacer l'abcès térébenthiné; en supprimant la réaction locale, on modifie la méthode et on remplace un procédé actif par un procédé passif qui n'a pas la même valeur.

ROBERT CLÉMENT.

J. Nicolas, M. Favre et F. Lebeuf. ***L'intradermoréaction dans la lymphogranulomatose inguinale*** (*Le Journal de Médecine de Lyon*, tome XI, nº 249, 20 Mai 1930). — N., F. et L. ont utilisé deux variétés d'antigènes : 1º un extrait glycériné de ganglions lymphogranulomateux enlevés chirurgicalement et traités de la même façon que les moelles de lapins rabiques pour la préparation du vaccin antirabique suivant la technique de Pasteur; 2º l'antigène employé par Frei, constitué par du pus prélevé par ponction aseptique des ganglions lymphogranulomateux, dilué avec 5 ou 7 parties de sérum physiologique suivant la consistance du pus, chauffé 2 fois une heure à 60º et contrôlé au point de vue stérilité.

L'injection intradermique de l'antigène à la face externe du bras ou de la cuisse, à la dose de 0 cmc 1 à 0 cmc 2, produit pendant l'injection une petite élevure blanche nacrée de 5 à 10 millimètres de diamètre.

La réaction est négative lorsque, le lendemain, on n'observe aucune modification de la peau ou une teinte diffuse sans infiltration. La réaction positive peut être papuleuse, présentant son maximum 2 à 3 jours plus tard et disparaissant en 7 à 21 jours ; c'est la forme la plus fréquente. Elle peut être aussi papulo-vésiculeuse, papulo-pustuleuse avec prurit et on peut même observer une forme suppurée, la papule se transformant au bout de quelques jours en un véritable abcès dermique qui s'ouvre à l'extérieur et qu'il faut ponctionner, contenant un pus filant et visqueux, formé de polynucléaires et paraissant stérile.

L'antigène glycériné a été employé dans 14 cas de lymphogranulomatose inguinale et a donné 13 résultats positifs. Dans un seul cas, identifié histologiquement, la réaction pratiquée 3 fois a été franchement négative. Chez les témoins (bubons chancrelleux, adénites syphilitiques, épididymites blennorragiques, dermatoses diverses, sujets sains), la réaction a toujours été négative. Dans un cas de syphilis primo-secondaire avec adénite inguino-iliaque atypique, l'intradermo-réaction à l'antigène glycériné a été positive.

Le pus dilué et chauffé (antigène type Frei) a donné une intradermo-réaction positive dans 6 cas de maladie de Nicolas et Favre. Dans 3 cas enfin, la réaction a été positive avec les deux antigènes.

L'intradermo-réaction a été positive 8 fois un mois environ après le début de l'adénopathie, une fois après 1 mois 1/2, une fois après 2 mois, une fois après 5 mois 1/2, une fois après 7 mois. L'intradermo-réaction semble persister longtemps sans qu'on puisse donner de limite à sa durée.

Dans un cas, on a essayé une série de 12 injections de 3 cmc d'antigène type Frei. Chaque injection sous-cutanée d'autovaccin a été accompagnée d'une intradermo-réaction pratiquée avec cet autoantigène ou un antigène provenant d'un autre malade. Toutes les intradermo-réactions sont restées très positives malgré l'amélioration des adénites inguinales et iliaques. Il ne semble donc pas y avoir de phase anergique post-vaccinale dans la lymphogranulomatose inguinale.

ROBERT CLÉMENT.

L. Bériel et J. Barbier. ***Les tumeurs ponto-cérébelleuses sans troubles auditifs*** (*Journal de Médecine de Lyon*, tome XI, nº 251, 20 Juin 1930). — B. et B. réservent le nom de tumeurs ponto-cérébelleuses vraies pour les neurogliomes nés sur un nerf et le plus souvent sur le nerf auditif. Ils écartent de cette étude les sarcomes des méninges, les tumeurs inflammatoires et les autres néoplasies de la région. Ils apportent l'observation d'une volumineuse tumeur siégeant sur le nerf auditif, avant évolué jusqu'à la cécité, par œdème de la papille, sans donner de troubles auditifs décelables.

Les signes auditifs sont un très bon signe de tumeurs ponto-cérébelleuses; l'hypoacousie unilatérale, avec hypoexcitabilité simple du labyrinthe, est un bon argument de localisation, mais l'absence de tout trouble auditif ne doit pas faire écarter d'emblée la localisation ponto-cérébelleuse. On peut expliquer ces faits par la nature de ces tumeurs. Ces neurogliomes, nés aux dépens du tissu même du nerf, n'ont pas de tendance à détruire les cylindraxes, l'histologie pathologique montre que ceux-ci continuent à cheminer soit à l'intérieur même de la tumeur, soit à la périphérie. Les troubles de conduction dans le nerf néoplasique ne résultent pas de la section des cylindraxes, mais d'une sorte de compression intérieure qui se fait avec une extrême lenteur.

Dans quelques ablations partielles, on a pu obtenir la récupération plus ou moins complète de l'audition.

ROBERT CLÉMENT.

C. Simonin (Strasbourg). ***Micrographie parkinsonienne et analyse graphométrique*** (*Journal de Médecine de Lyon*, tome XI, nº 251, 20 Juin 1930). — L'analyse graphométrique comparée de textes écrits par un parkinsonien, les uns avant le début de la maladie, les autres à la période d'état, montre, malgré la micrographie de la période d'état, des analogies si nombreuses et si frappantes qu'on est conduit à admettre l'identité des procédés graphiques mis en jeu. Les coupures, l'obliquité et le parallélisme grammatique, la hauteur relative des lettres, l'attaque et l'involution des cercles, les barres des T, etc., se retrouvent dans les deux écritures.

La micrographie parkinsonienne ne témoigne nullement d'une désorganisation de l'automatisme graphique : elle n'est que l'expression d'une gêne qu'il faut sans doute attribuer à l'état dystasique. La rigidité parkinsonienne, l'intensité du tonus musculaire et l'importance des réflexes statiques aboutissent à la micrographie sans altérer les caractères propres de l'écriture.

ROBERT CLÉMENT.

Ch. Roubier (Lyon). — ***Des chances de succès du pneumothorax artificiel dans les différentes formes cliniques de la tuberculose pulmonaire*** (*Le Journal de Médecine de Lyon*, tome XI, nº 254, 5 Août 1930). — Quand on entreprend un pneumothorax, il faut tout d'abord compter avec la possibilité d'adhérences qui viendront mettre obstacle à la réalisation d'un collapsus pulmonaire satisfaisant : sur 100 pneumothorax envisagés, il en est 16 environ qui sont absolument irréalisables en raison d'adhérences irréductibles, le plus souvent impossibles à prévoir.

En supposant qu'un pneumothorax d'une certaine étendue soit techniquement réalisable, si les résultats immédiats du traitement sont bons dans la majorité des cas, les résultats éloignés ne seront favorables que dans 40 pour 100 des cas environ. D'autre part, le tiers à peine des malades traités sont encore en vie au bout de 5 ans.

Un certain nombre d'éléments de pronostic, tirés de l'allure clinique de la maladie, peuvent permettre, avant de commencer le traitement, d'apprécier les chances de succès de la méthode dans tel ou tel cas particulier.

1. — *Dans les formes communes, ulcéro-et fibro-caséeuses* :

1º Les chances de succès sont en général plus grandes si l'*intervention est plus précoce* par rapport au début apparent de la maladie, quoiqu'il n'y ait rien d'absolu à cet égard.

2º L'existence dans les antécédents du malade d'une pleurésie séro-fibrineuse (du côté de la lésion pulmonaire) est de fâcheux augure, car, dans ces *formes post-pleurétiques*, il existe à peu près certainement (quoique pas nécessairement) des adhérences étendues.

3º S'il est classique de dire que le résultat sera d'autant meilleur que l'*unilatéralité* aura été reconnue plus rigoureuse, la statistique établie par R. ne montre pas une différence appréciable dans la proportion des résultats favorables entre les « unilatéraux » et les « unilatéraux douteux ».

4º Le plus important élément de pronostic est constitué par la *tendance évolutive de la maladie*. En effet :

a) Dans les *formes très évolutives*, subaiguës, à marche extensive rapide, les succès sont rares (15,79 pour 100 des cas traités), les insuccès fréquents (84,21 pour 100 des cas) ; la bilatérisation précoce se produit dans près des 3/4 des cas.

b) Dans les *formes moyennement évolutives*, avec poussées successives séparées par des rémissions, les résultats sont déjà moins sombres (32,5 pour 100 de succès contre 67,5 pour 100 d'échecs).

c) Les résultats les meilleurs et les plus durables ont été obtenus dans les *formes peu évolutives*, à allures torpides, qu'elles soient ulcéreuses ou non

(70 pour 100 de résultats favorables et 30 pour 100 d'insuccès).

5° La constatation de *signes cavitaires* engage également le pronostic : il est à présumer que la caverne entourée d'un parenchyme condensé ne pourra être affaissée et continuera à suppurer.

La disposition topographique des lésions peut aussi entrer en ligne de compte. Si dans la *lobite supérieure droite*, ainsi que dans les *formes basales* les résultats sont variables, ils sont au contraire meilleurs dans les *formes hilaires* et *juxta-hilaires* localisées où les lésions sont centrales, bien affaissables, et les adhérences ordinairement absentes.

II. — Dans le groupe des formes pneumoniques, il faut distinguer : *a*) la *pneumonie caséeuse* dans laquelle le pneumothorax ne donne aucun résultat même immédiat ; et *b*) les *tuberculoses à début pneumonique* dans lesquelles l'élément congestif ou inflammatoire prédomine sur l'élément caséeux et qui peuvent retirer un grand bénéfice de la collapsothérapie.

Néanmoins, en présence d'une pneumonie tuberculeuse aiguë ou subaiguë, le clinicien réservera toujours le pronostic : il n'y a pas une chance sur trois que le résultat éloigné soit favorable.

Dans les *formes broncho-pnuumoniques*, les résultats sont également très incertains ; il y a cependant quelques beaux succès, malheureusement très rares.

III. — Les *formes hémoptoïques* paraissent, d'une façon générale, très favorables à la méthode. Si l'on excepte les *formes aiguës* ou *galopantes hémoptoïques*, dans lesquelles le pneumothorax ne vise souvent qu'un résultat hémostatique immédiat, il est certain que les *formes fibro-caséeuses congestives* fournissent un grand nombre de résultats éloignés favorables (70 pour 100 des cas traités) et, chez beaucoup de malades de R. qui n'ont jamais présenté de complications pleurales ou autres, les hémoptysies ne se sont pas reproduites depuis le début du traitement.

J. Dumont.

JOURNAL DE MÉDECINE DE BORDEAUX et de la RÉGION DU SUD-OUEST (Bordeaux)

Jeanneney, Magendie et Magnant (Bordeaux). ***Anévrisme artériel et artériographie*** (*Journal de Médecine de Bordeaux et du Sud-Ouest*, t. CVII, n° 1, 10 Janvier 1930). — Un homme de 57 ans, ancien syphilitique, présente dans le creux poplité droit un anévrisme artériel manifeste, du volume d'un petit œuf. Le pouls est perceptible en aval, à la pédieuse et à la tibiale postérieure ; ses battements sont un peu plus faibles qu'à gauche.

Le 22 Juillet 1929, le professeur Chavannaz fait la ligature incomplète de l'artère poplitée droite en amont de l'anévrisme. Le fil est serré jusqu'à diminution considérable des battements de la pédieuse et de la tibiale postérieure, mais on ne va pas jusqu'à leur abolition complète. Suites opératoires normales. Quinze jours après l'intervention, la tumeur anévrismale s'est affaissée légèrement. Les battements de la poche sont moins violents. Les battements de la pédieuse sont toujours perçus mais très atténués, beaucoup plus faibles que de l'autre côté.

Le 20 Août 1929 on procède à une artériographie. Dénudation de l'artère fémorale à la base du triangle de Scarpa après anesthésie locale. Ponction de l'artère avec une aiguille de 6/10 de millimètre. Injection en circulation libre de 10 cmc de solution de bromure de sodium à 25 pour 100. La radiographie est prise de face et de profil au 6e cmc et au moment où se termine l'injection (10e cmc). Aucun incident pendant l'injection qui est très peu douloureuse. L'aiguille enlevée, l'orifice de ponction ne saigne pas. Suites sans incident. Sur la radiographie de face, la plus intéressante, on voit nettement la trace de la ligature à la partie supérieure de la région poplitée : elle se traduit par un trait opaque transversal ; en amont, on distingue une collatérale volumineuse de 2 mm. de diamètre environ qui naît sur la partie externe de l'artère à deux travers de doigt au-dessus de la ligature ; du côté interne, on voit une arborisation importante de collatérales de calibre plus fin que l'on suit de façon discontinue jusqu'à l'interligne articulaire. L'artère et la poche anévrismale sont également visibles en aval de la ligature.

La circulation collatérale étant ainsi nettement prononcée, l'intervention radicale est décidée.

Le 2 Septembre 1929, après hémostase au tube d'Esmarch en amont et découverte de l'anévrisme, on ligature l'artère poplitée au-dessous de la poche anévrismale. Un fil d'attente est placé sous la même artère en amont de l'anévrisme. Ouverture du sac et extirpation d'un gros caillot partiellement organisé. On tente l'anévrismorraphie oblitérante de Matas en essayant d'obturer dans le sac deux grosses collatérales, à l'aide d'un fil de soie fin. L'hémostase étant insuffisante, on se résout à lier l'artère de façon définitive au-dessus et au-dessous du sac ; capitonnage partiel de la poche ; méchage de la partie la plus superficielle. Suites opératoires normales.

Le lendemain, le pied et la jambe ont conservé leur coloration et leur chaleur normales. Les battements de la pédieuse et de la tibiale postérieure ne sont plus perceptibles au doigt ; mais, au Pachon, on note une ébauche d'oscillation.

Une petite escarre talonnière de la grosseur d'une lentille est apparue, mais elle évolue assez rapidement vers la guérison et, le 30 Octobre, le malade quitte le service cicatrisé et pouvant marcher. Les battements de la tibiale postérieure ne sont pas encore perceptibles au doigt.

Cette observation est intéressante parce qu'elle réalise, pour la première fois, l'association du contrôle artériographique à la méthode des ligatures incomplètes préconisée par Halsted et Matas. L'artériographie permet de suivre de façon évidente le développement de la circulation collatérale que l'on cherche à créer par la ligature incomplète, pour éviter la gangrène du membre après la cure de l'anévrisme.

J. Dumont.

REVUE MÉDICALE DE L'EST (Nancy)

Hamant et Bodard (Nancy) ***De l'origine vasomotrice possible de certains corps étrangers articulaires*** (*Revue médicale de l'Est*, tome LVIII, n° 2, 15 Janvier 1930). — A l'occasion d'un corps étranger articulaire du coude, du volume d'une petite noix, enlevé chez une femme de 40 ans, chez qui il était survenu à la suite d'un traumatisme remontant déjà à plusieurs années et qui, à l'examen histologique, se montra formé d'un noyau de travées osseuses englobé dans du tissu cartilagineux — image identique à celle de l'ostéochondrite disséquante —, H. et B. reprennent l'étude pathogénique de ces corps étrangers articulaires, conséquence de l'ostéochondrite disséquante.

Ils rappellent que la théorie la plus plausible est celle d'Axhausen : théorie de la nécrose épiphysaire aseptique.

Elle repose sur deux postulats. Le premier est qu'à l'origine des corps étrangers existe un processus de nécrose aseptique, nécrose parcellaire, infarctoïde, d'un coin de cartilage et d'os, suivi d'une période de réparation, de consolidation de cette pseudo-fracture pathologique ; sous l'influence d'un traumatisme même minime, ce processus de réparation peut être anéanti et le fragment dévitalisé arraché du bloc épiphysaire et lancé dans la cavité articulaire ; ultérieurement, ce corps étranger pourra s'accroître, grâce à la propriété que possède le cartilage de puiser dans la synovie la substance nutritive suffisante.

Le second postulat de la théorie d'Axhausen est relatif à la cause de la nécrose épiphysaire. En l'absence de tout signe inflammatoire, on ne peut guère imaginer autre chose qu'une cause vasculaires, et, pour Axhausen, il s'agirait toujours de nécrose d'origine embolique : quels que soient les germes responsables, sur la nature desquels d'ailleurs il ne donne pas de précision, ces germes seraient détruits avant d'agir spécifiquement ; ils ne laisseraient comme trace de leur passage qu'une obstruction vasculaire entraînant mécaniquement une nécrose aseptique banale.

Ce dernier postulat est fort discutable, et H. et B. croient qu'il faudrait substituer à la théorie de l'embolie celle d'un trouble vaso-moteur suivant les idées de Leriche et Policard. Exposons-la le plus brièvement et le plus clairement possible.

Les éléments de la capsule articulaire et, plus encore, les ligaments qui l'entourent, renferment des cellules sensitives spéciales décrites par Renaut. Quand cet appareil nerveux est irrité, même par un traumatisme en apparence minime, des excitations naissent qui, par réflexe axomique à court-circuit, déclanchent une réaction vaso-motrice d'abord locale et ensuite plus ou moins diffuse et plus ou moins durable. Si cette réaction persiste, il s'ensuivra des troubles variables portant, à des degrés divers, sur l'os et sur tous les éléments de l'articulation. D'où plusieurs formes d'arthrites vaso-motrices traumatiques dont une au moins peut être à l'origine des corps étrangers.

L'une de ces formes d'arthrites se caractérise, en effet, par la prédominance de la raréfaction osseuse, raréfaction portant avec une intensité toute particulière sur la zone sous-chondrique : l'os est poreux, avec de grosses lacunes, le cartilage de revêtement est décollé, raréfié également, avec de véritables pertes de substance. Au bout d'un temps plus ou moins long, l'hyperémie cessant, la raréfaction disparaît peu à peu, l'os se recalcifie. Alors de deux choses l'une : ou bien l'ossification se refait selon le plan primitif et l'épiphyse reprend sa forme normale ; ou bien, ce qui est le plus fréquent, l'ossification est irrégulière, avec des bavures, des hyperostoses, souvent à peine attenantes à l'épiphyse et qu'un trauma direct ou indirect, ou simplement un jeu articulaire un peu violent, arrivent à détacher facilement pour en faire des corps étrangers.

Cette façon de comprendre la pathogénie de certains corps étrangers n'a pas qu'un intérêt spéculatif. Dans la théorie d'Axhausen on ne voit pas bien quel traitement prophylactique pourrait éviter l'embolie qui serait à l'origine de la nécrose épiphysaire ; tandis que, si l'on admet l'origine vasomotrice, on peut immédiatement entrevoir toute une thérapeutique prophylactique qui s'adresserait à l'arthrite traumatique tout au début avant que la raréfaction ait fait des dégâts irrémédiables. Leriche a rapporté quelques cas extrêmement intéressants où une intervention sympathique, aussi insignifiante comme gravité que la sympathectomie, périartérielle, a pu enrayer l'évolution de troubles très sérieux qui auraient certainement conduit à l'impotence complète de l'articulation.

J. Dumont.

JOURNAL DES SCIENCES MÉDICALES DE LILLE

H. Deherripon et R. Galliègue. ***A propos de 2 cas de laryngite varicelleuse*** (*Journal des Sciences médicales de Lille*, tome XLVIII, n° 19, 11 Mai 1930). — D. et G. apportent 2 observations de laryngite varicelleuse chez des enfants de 4 ans 1/2 et de 7 ans, ayant présenté tous deux des phénomènes d'asphyxie impressionnants qui

MALTOSAN

CONCENTRÉ DE BOUILLIE AU MALT SEC WANDER

contre la diète hydrique et ses dangers

pour nourrissons et enfants atteints de troubles gastro-intestinaux

Le Maltosan permet de mettre l'enfant au régime de la diète la plus absolue tout en soutenant ses forces. Il rend la préparation de la bouillie maltosée

accessible aux mamans les moins expertes.

Laboratoires Wander à Champigny (Seine)
P. Bastien, Pharmacien

X produit intéressant à essayer

APPLICATION DE LA MÉTHODE CARREL

Indications ...... : Gynécologie. Obstétrique. Urologie. Toutes infections médicales ou chirurgicales.

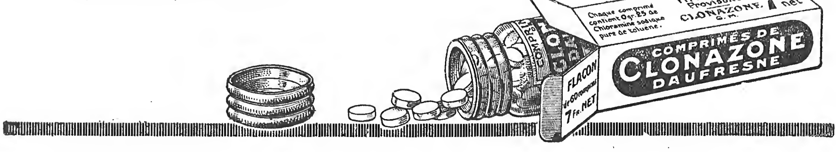
Formule .... : Chloramique sodique du Toluène.

Mode d'emploi : En solution dans un litre d'eau : 1 comprimé, stérilisation pour lavage des mains, etc. 2 comprimés, usage médical. - 5 à 10 comprimés, usage chirurgical.

CLONAZONE DAUFRESNE

Bactéricide le plus puissant - Sans action irritante. Inoffensif. - Préparé en comprimés de 0 gr. 25 se dissolvant instantanément dans l'eau.

Échantillons au **Laboratoire des Antiseptiques chlorés**
40, Rue Thiers, LE HAVRE.



nécessitèrent chez l'un d'eux un tubage d'urgence.

A ce propos, ils précisent quelques points de l'aspect clinique de la laryngite varicelleuse.

C'est une complication précoce : dans une des observations, il n'existait encore aucune trace de varicelle cutanée, les vésicules n'apparurent que le lendemain.

La laryngite complique le plus souvent les formes confluentes de la varicelle; elle s'accompagne, fréquemment, d'une stomatite intense qui facilite le diagnostic étiologique. Tantôt elle simule le croup et nécessite le tubage par la sténose permanente du larynx qu'elle entraîne, tantôt elle se traduit seulement par des accès de spasme de la glotte.

Anatomiquement, il s'agit de petites ulcérations nettement circulaires siégeant de préférence sur les cordes vocales inférieures. Autour de ces ulcérations la muqueuse est le siège d'une hyperémie plus ou moins intense.

La laryngite varicelleuse peut occasionner la mort. Dans d'autres cas, elle précède une bronchopneumonie.

Le diagnostic ne peut qu'être soupçonné quand il existe déjà une varicelle cutanée ou en période d'épidémie. En cas de doute, il faut penser toujours à la diphtérie et, lorsqu'une surveillance médicale constante n'est pas possible, injecter du sérum antidiphtérique en attendant le résultat des ensemencements des exsudats pharyngés.

Robert Clément.

STRASBOURG MÉDICAL

J. Bindschedler. ***De la dystrophie préscorbutique du nourrisson*** (*Strasbourg médical*, t. XC, n° 13, 5 Mai 1930). — En dehors des symptômes habituels du scorbut, on peut observer des signes non caractéristiques qui précèdent l'apparition du scorbut ou persistent après un scorbut plus ou moins complètement guéri. On peut rencontrer toutes les transitions entre le scorbut tout à fait latent et le scorbut manifeste, les signes typiques pouvant d'ailleurs apparaître au cours du vrai scorbut. Le tableau clinique, d'autre part, est quelquefois modifié par d'autres troubles dystrophiques et il est difficile de faire la part de ce qui appartient en propre à la carence en vitamine C.

Après avoir passé en revue les travaux antérieurs et les recherches expérimentales sur la question, B. essaye de tracer un tableau clinique au stade préscorbutique de la maladie de Barlow.

Les signes principaux peuvent se trouver groupés ou isolés : ce ne sont que des signes de présomption. Ils consistent en *troubles de l'état général*, troubles du caractère, inappétence, pâleur et bouffissure de la face, arrêt ou diminution de la croissance pondérale et staturale. Les *phénomènes hémorragiques* — ecchymoses ou petites taches purpuriques, hémorragies des muqueuses, hématurie — sont plus ou moins fréquents suivant les contrées et les époques. Enfin, la *diminution de la résistance aux infections* est fréquemment observée et se manifeste par la fréquence, la durée et l'intensité des maladies infectieuses.

L'efficacité du traitement confirmera le diagnostic soupçonné. Quelquefois, les examens radiologiques des os de la cuisse et du genou peuvent apporter la certitude. Les signes radiologiques du préscorbut sont, d'après Pelkan : une ligne épiphysaire élargie, opaque, une bordure plus dense des noyaux épiphysaires, la disparition de la trabéculation osseuse normale. Malheureusement ces signes sont inconstants.

Robert Clément.

REVUE SUD-AMÉRICAINE DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE
(Paris)

P. Escudero (Buenos-Aires). ***Une nouvelle forme clinique du diabète : le diabète suspendu*** (*Revue Sud-Américaine de Médecine et de Chirurgie*, tome I, n° 2, Février 1930). — Le diabète, trouble permanent du métabolisme glucosé, évolue en 3 périodes.

La 1re période est caractérisée par un trouble du métabolisme du glucose qui ne peut être mis en évidence que par l'épreuve spécifique de l'ingestion de glucose. Il n'y a ni glycosurie, ni hyperglycémie constante, mais seulement une hyperglycémie post-alimentaire.

La seconde période se caractérise par la pérennité de l'hyperglycémie avec glycosurie nulle ou parfois faible et éphémère (diabète occulte) : c'est la période de diabète compensé, sans acidose.

La 3e période comporte un trouble du métabolisme glucosé avec hyperglycémie constante et glycosurie : c'est la maladie en pleine évolution et susceptible de se compliquer d'acidose.

L'évolution de la maladie peut s'arrêter à la 1re ou à la 2e période, et la thérapeutique permet de revenir de la 3e à la 2e et parfois même à la 1re période, éventualité qui peut même se produire spontanément.

En présence d'un diabétique à la 1re période, il faut se demander s'il s'agit d'une forme évolutive ou, au contraire, d'une forme suspendue, arrêtée. Un diabète évolutif au début s'accompagne de polyurie et de polydipsie et comporte dès les premières semaines de la glycosurie, ce qui le distingue aisément du diabète suspendu qui est aglycosurique; l'épreuve du glucose augmente l'hyperglycémie et la glycosurie. Ce diabète évolutif au début ne comporte pas de complications ou, mieux, ne se complique pas des autres affections si fréquentes au cours des formes chroniques : anthrax, gangrènes, troubles nerveux, etc. Dans le diabète suspendu, au contraire, apparaissent de telles complications, et la maladie est mise en évidence par l'épreuve de l'hyperglycémie diagnostique. Cette forme représente un diabète soit arrêté à la phase initiale, soit guéri cliniquement. Elle s'affirme sous l'influence de la grossesse, de l'anesthésie générale et des maladies intercurrentes. L'auteur a démontré expérimentalement le bien-fondé de sa conception par la pancréatectomie partielle chez le chien.

L. Rivet.

A. Mac-Dowell, Bentes de Carvalho et Galdino Travassos (Rio-de-Janeiro). ***Spirochétoses humaines observées au Brésil*** (*Revue Sud-Américaine de Médecine et de Chirurgie*, tome I, n° 2, Février 1930). — En dehors de la spirochétose ictéro-hémorragique, M., C. et T. étudient notamment certaines spirochétoses intestinales, en particulier certains cas de dysenterie amibienne, rebelles au traitement par l'émétine, qui évoluent jusqu'à la gangrène intestinale si l'on n'intervient pas avec un traitement mixte (émétine et petites doses d'arsénobenzol); on note l'absence d'amibes dans les fèces coïncidant avec la présence de spirochètes en grand nombre et la réapparition des amibes quand les spirochètes ont disparu.

De même, certaines pyélites prolongées avec des états fébriles, rebelles aux traitements classiques, avec spirochéturie abondante, cèdent rapidement aux arsénobenzols.

Le champ des spirochétoses broncho-pulmonaires est très important, notamment dans les bronchites hémorragiques de Castellani, bronchites fétides et abcès pulmonaires. M., C. et T. ne pensent pas que les spirochètes produisent la fétidité dans les bronchites et les abcès comme dans la gangrène pulmonaire, mais estiment qu'ils en déterminent le processus, en favorisant alors la possibilité de la pénétration des anaérobies, ce qui découle de l'examen des coupes histo-pathologiques pratiquées par les auteurs.

L. Rivet.

ARCHIVES MÉDICALES BELGES
(Bruxelles)

Garofeanu (Jassy). ***L'emploi du glucose comme médication adjuvante dans le traitement du tétanos*** (*Archives médicales belges*, t. LXXXIII, n° 7, Juillet 1930). — Les médications adjuvantes de la sérothérapie dans le tétanos ont surtout pour but d'influencer favorablement l'évolution de la maladie en atténuant les spasmes et les douleurs, si pénibles et si torturants pour les malades. D'autres agissent, semble-t-il, d'une façon vraiment spécifique et permettent de diminuer les doses de sérum injecté. A ce dernier titre, il convient de signaler le glucose : Iadasohn Werner et Streit (*Klinische Wochenschrift* 1925) n'ont-ils pas réussi à guérir un cheval tétanique par la seule médication glucosée (injections intraveineuses de 1 litre de sérum glucosé à 20 pour 100), après l'échec des autres traitements?

G. a eu l'occasion d'employer le glucose comme traitement dans 2 cas de tétanos chez l'homme, dont l'un céphalique, avec des résultats très encourageants, et, dans l'un de ces cas, le glucose constitua presque le seul traitement à défaut de sérum antitétanique.

1er cas. — Femme de 40 ans. Tétanos céphalique survenu 15 jours après une plaie de la région temporale gauche. Pendant 2 jours, la malade reçoit 60 cmc de sérum antitétanique par la voie intrarachidienne; les jours suivants, elle reçoit des injections intraveineuses de sérum glucosé à 20 pour 100, à la dose de 200 cmc par jour. A la suite de ce traitement, la fièvre tombe, la raideur des muscles diminue, l'état général devient meilleur et, après 29 jours de traitement, la malade quitte l'hôpital complètement guérie.

2e cas. — Homme de 22 ans. Tétanos généralisé ayant débuté 6 jours auparavant et à porte d'entrée introuvable. On institue, comme pour le cas précédent, des injections de sérum antitétanique (160 cmc intrarachidien et 100 cmc intramusculaire), et des injections intraveineuses de sérum glucosé 20 pour 100, à la dose de 200 cmc chaque jour. A la suite de ce traitement, les symptômes tétaniques commencent à s'atténuer et le malade quitte l'hôpital guéri, le 22 Novembre, après 30 jours de traitement.

Evidemment, il serait téméraire, d'après ces 2 cas, de tirer des conclusions trop affirmatives sur la valeur curative des injections de glucose dans le tétanos. Il n'en est pas moins vrai que des recherches expérimentales ont montré que le glucose possède la propriété de neutraliser *in vitro*, dans une certaine mesure, la toxine tétanique (Garofeanu et Ionescu, *Soc. de Biologie*, 1929) : un mélange de toxine tétanique à dose mortelle et d'une certaine quantité de solution glucosée à 20 pour 100, inoculé à la souris, n'est pas suivi d'intoxication tétanique : la souris survit ou, si elle présente des symptômes de tétanos, ceux-ci sont généralement très atteints et l'animal meurt.

J. Dumont.

REVUE DES JOURNAUX

REVUE DE CHIRURGIE
(Paris)

M. Patel et J. Marion (Lyon). *La tuberculose primitive de la rotule* (*Revue de Chirurgie*, t. XLIX, nos 1, 2, 3, Janvier, Février, Mars 1930). — La tuberculose primitive de la rotule est une affection rare : P. et M. en ont relevé une cinquantaine de cas seulement dans la littérature auxquels ils ajoutent un cas personnel observé récemment à la suite d'un traumatisme chez un garçon de 15 ans, porteur d'adénites tuberculeuses multiples et même d'une tuberculose du tarse antérieur qui l'avait amené à l'hôpital quelques mois auparavant et avait nécessité une amputation de Chopart. Ce malade revint porteur d'une fistule latéro-rotulienne, sans atteinte articulaire, fistule dont la radiographie seule montra l'origine osseuse. Un simple évidement à la curette assura une guérison qui, malgré une petite fistulisation ayant persisté 4 mois, est absolument parfaite aujourd'hui.

Cette tuberculose primitive de la rotule ne se rencontre jamais avant 5 ans, car le point d'ossification n'apparaît que vers 3 ou 4 ans. Elle est particulièrement fréquente chez l'enfant (sur 49 cas, 18 de 5 à 15 ans) ; mais on l'observe aussi chez l'adulte et même, exceptionnellement, chez le vieillard. Tous les auteurs ont noté la fréquence du traumatisme local (30 p. 100 des cas) dans les antécédents des malades. Plus fréquente encore est la coexistence d'autres lésions tuberculeuses multiples, osseuses ou ganglionnaires (60 pour 100 des cas).

Il s'agit presque constamment d'une lésion circonscrite sous forme d'une caverne plus ou moins volumineuse, renfermant parfois un séquestre et de siège variable. Suivant ce siège, la lésion évolue en avant ou en arrière En avant elle fuse sous la peau, sur les côtés de la rotule (40 pour 100 des cas) ; en arrière, elle tend à envahir l'articulation (30 pour 100) ; elle peut évoluer à la fois vers la peau et l'articulation (92 pour 100) ; enfin la tuberculose de la pointe de la rotule vient se fistuliser sur les côtés du ligament rotulien (8 pour 100). Chez l'enfant au-dessous de 15 ans et chez l'adulte au-dessus de 30 ans, la tuberculose de la rotule évolue indifféremment vers la superficie ou la profondeur ; par contre, entre 15 et 30 ans, son évolution est manifestement dirigée par le développement de l'os : évolution antérieure extra-articulaire de 15 à 18 ans (coïncidant avec la disparition de la couche cartilagineuse antérieure de la rotule), évolution postérieure, articulaire, de 20 à 30 ans (coïncidant avec la disparition de la couche cartilagineuse postérieure).

Cliniquement la tuberculose de la rotule passe par trois phases successives : douleurs, abcès et fistules, arthrite du genou. Cette dernière se signale par deux particularités : son apparition très tardive et sa bénignité habituelle.

En pratique, une tuberculose de la rotule ne guérit pas spontanément ; il faut donc lui opposer un traitement chirurgical.

Deux méthodes sont en présence : l'évidement, l'ablation de la rotule.

L'évidement à la curette est une opération des plus simples. Elle est souvent efficace : 45 pour 100 de bons résultats, contre 30 pour 100 de mauvais et 25 pour 100 de douteux.

L'ablation de la rotule — qu'on doit toujours chercher à faire sous-périostée, de façon à permettre la reproduction ultérieure de l'os — est une intervention plus radicale qui amène la guérison définitive dans 90 pour 100 des cas, mais à condition qu'une synovectomie lui ait été adjointe.

Quelles sont les indications respectives de ces deux opérations ? P. et M les formulent ainsi :

1° Toutes les fois qu'il s'agit d'une *tuberculose limitée à la rotule, à évolution antérieure* (et c'est pratiquement toujours le cas de 15 à 18 ans), on pourra se contenter d'un *évidement*, mais en surveillant l'article et en l'immobilisant un mois par précaution.

Cet évidement suffit également quand on est conduit par les lésions à la face profonde de la *pointe de la rotule*.

2° Mais, toutes les fois que l'*article n'est pas sûrement indemne*, ou qu'il risque d'être atteint (comme c'est le cas de 20 à 28 ans), il faut faire la *patellectomie sous périostée avec synovectomie*.

J. Dumont.

J. Creyssel et M. Douillet (Lyon). *Des accidents encéphaliques après ligature ou résection unilatérale de la jugulaire interne* (*Revue de Chirurgie*, tome XLIX, nos 1, 2, 3, Janvier, Février, Mars 1930. — La bénignité de la ligature ou de la résection de la jugulaire interne d'un seul côté — opposée à la très grande gravité de la ligature bilatérale — ne prête à aucune discussion, et ligature et résection sont pratiquées aujourd'hui de façon courante, dans les évidements ganglionnaires du cou pour cancer, sans entraîner la moindre complication.

Pourtant, C. et D. ont eu l'occasion, en l'espace de quelques mois, d'observer dans 3 cas, à la suite de résections unilatérales de la jugulaire pour curages sous-maxillaires, des accidents, les uns bénins, les autres graves voire mortels, qu'ils croient devoir signaler.

Leur 1er *malade*, un homme de 59 ans, 6 minutes environ après la ligature de la jugulaire, fut pris de phénomènes épileptiformes avec hémicyanose de la face extrêmement nette du côté opéré, qui persista pendant près d'un quart d'heure. Pas d'accidents ultérieurs, en particulier aucun trouble parétique.

Le 2e *malade*, âgé de 45 ans, opéré, comme le premier, sous anesthésie régionale paravertébrale, accusa, dès la ligature de la jugulaire, une pesanteur dans la moitié gauche du corps ; l'opération terminée, on constata une parésie du membre supérieur gauche, le membre inférieur ne présentant rien d'anormal. Cette parésie persistait encore inchangée 4 mois après l'opération.

Le 3e *malade*, anesthésié à l'éther, ne se réveilla pas après l'opération. Il passa du sommeil anesthésique dans un coma complet, avec résolution musculaire totale des 4 membres : on nota un léger strabisme interne de l'œil droit ; pas de cyanose de la face ; pouls excellent, mais respiration irrégulière. Décès le lendemain. L'autopsie permit de constater que la jugulaire interne du côté opposé était de calibre absolument normal ; un examen minutieux des sinus n'a malheureusement pas été pratiqué. A l'examen du cerveau, l'hémisphère gauche (côté opposé à la ligature) ne montra qu'un léger état congestif en certains points de la corticalité, sans piqueté hémorragique, tandis que l'hémisphère droit présentait, au niveau du lobe frontal, un foyer hémorragique dessinant le contour de deux circonvolutions, avec, en profondeur, au niveau du centre ovale, plusieurs petits foyers hémorragiques et des zones œdémateuses. En somme, lésions de congestion veineuse : raptus hémorragiques d'importance variable, depuis le fin piqueté jusqu'au foyer de ramollissement, œdème de la substance cérébrale, distension veineuse.

Ces 3 observations répondent aux 3 types d'accidents signalés à la suite des ligatures ou résections unilatérales de la jugulaire interne : accidents légers, accidents de gravité moyenne, accidents mortels.

1° *Accidents légers.* — Ils comprennent les troubles de stase dans la circulation cervico-faciale se traduisant par de la *cyanose* et de l'*œdème* de la joue et du cou du côté où a porté la ligature, persistant pendant 24 ou 48 heures, pour disparaître complètement au bout de ce temps. On trouve, en outre, fréquemment signalée, une *céphalée* pénible, d'intensité et de durée variables, qu'on peut mettre sur le compte de la congestion cérébrale.

2° *Accidents de moyenne gravité.* — Hémiparésies et hémiplégies, qui peuvent s'atténuer avec le temps mais ne disparaissent jamais complètement.

3° *Accidents mortels* (7 cas recueillis dans la littérature, plus le cas personnel de C. et D.) : les malades ne sortent pas du sommeil anesthésique (on ne connaît pas d'accidents de cette sorte survenus après anesthésie locale), entrent sans transition dans le coma ou dans le demi-coma et meurent au bout d'un temps variant de 5 heures à 7 jours. Il est à noter que, dans ces cas d'accidents encéphaliques graves, la circulation cervico-faciale reste le plus souvent normale.

Il s'agit donc là, indubitablement, d'un processus d'*hypertension veineuse* : toutes les constatations cliniques et nécropsiques le prouvent. Mais pourquoi la stase veineuse survient-elle seulement dans quelques cas exceptionnels après la ligature unilatérale de la jugulaire ? 3 autopsies répondent à cette question en montrant l'existence d'une insuffisance du système jugulaire du côté opposé (aplasie de la jugulaire, absence de la portion horizontale du sinus latéral). Si l'insuffisance de la jugulaire restante est légère, les troubles de stase sont bénins : stase périphérique (hémicyanose, hémi-œdème de la face et du cou), stase centrale (céphalée temporale ou frontale) ; ils sont transitoires, le cours du sang veineux se rétablissant rapidement et complètement par adaptation des veines accessoires. A un degré de plus, l'atteinte des centres nerveux se manifeste : hémiplégie ou monoplégie. Enfin, plus complète, l'insuffisance est permanente et crée des accidents mortels.

Peut-on, de ces quelques données pathogéniques, tirer des conclusions thérapeutiques ? Et d'abord, on comprend qu'il soit impossible, avant de pratiquer une ligature ou une résection de la jugulaire interne, de prévoir l'état du système jugulaire opposé, Mais, quand survient un accident s'avérant comme grave, est-il possible d'en enrayer la marche ? Guinard, en présence d'une cyanose alarmante, a proposé de lier la carotide primitive, mais n'est-ce pas là exposer l'opéré à un risque encore plus grand ? Il semble qu'on puisse arriver au même résultat d'une façon moins dangereuse en faisant une saignée locale obtenue en desserrant la ligature du bout central jugulaire.

J. Dumont.

E. Bressot (Constantine). — *L'hépatite suppurée amibienne du lobe gauche* (*Revue de Chirurgie*, tome XLIX, nos 1, 2, 3, Janvier, Février, Mars 1930). — L'hépatite suppurée amibienne, quand elle siège dans le lobe gauche du foie, présente une physionomie clinique assez spéciale pour lui justifier une place à part dans la description de l'abcès du foie. C'est ainsi qu'elle se manifeste parfois par un début soudain, à grand fracas, simulant la perforation gastrique ou intestinale, comme en témoignent les observations suivantes :

1° Un homme de 28 ans, à passé gastrique (pesanteurs, brûlures stomacales) est pris subitement d'une douleur atroce nettement localisée à la base de l'appendice xiphoïde et accompagnée de vomissements. Facies pâle, tiré ; température 37°5, pouls à 110. L'abdomen, douloureux dans son ensemble, est contracturé dans son étage supérieur, sus-ombilical. On intervient d'urgence avec le dia-

gnostic d'ulcus gastrique perforé. Mais, le ventre ouvert, il n'y a pas une goutte de pus dans le péritoine, l'estomac ne présente aucune lésion. Par contre, dans le lobe gauche du foie, on découvre un abcès central qui, ponctionné, donne un pus brun chocolat. Ce pus, examiné au laboratoire, contenait des amibes. Examen des selles négatif. Un interrogatoire ultérieur apprit que le malade avait présenté, 2 ans auparavant, pendant 5 jours, une diarrhée sanguinolente et glaireuse;

2° Le second malade reçoit, au cours d'une partie de football, le ballon dans la région stomacale. Il continue à jouer pendant quelques minutes, puis est pris, peu après, d'une douleur atroce, en coup de poignard, au niveau de l'ombilic. B. le voit le lendemain : il a les traits tirés, un abdomen légèrement ballonné et une contracture invincible de tout l'étage supérieur, surtout à gauche. Pas de vomissements, pouls à 115, température à 38°5. Aucun passé gastrique, ni dysentérique. On décide d'attendre; mais, malgré l'application de glace, la douleur augmente, les vomissements surviennent, le facies régresse, la contracture douloureuse s'étend. On intervient sans diagnostic précis. A l'ouverture de l'abdomen, péritoine sain, pas de pus, mais, dans le lobe gauche du foie, on trouve un abcès central renfermant du pus caractéristique ; il ne contient aucun microbe, pas d'amibe; ensemencé, il reste stérile. Les selles du malade fourmillent de kystes amibiens.

Par ces exemples, on voit combien le diagnostic de ces abcès amibiens du lobe gauche peut être difficile. La localisation de la douleur, sa brusquerie et son intensité, le début à grand fracas font croire à une perforation. Pourtant il y a quelques signes discordants qu'il importe de souligner : les vomissements bilieux sont d'une abondance exceptionnelle; le pouls, quoique rapide, reste bien frappé; il n'y a pas de hoquet; la contracture demeure nettement localisée à l'étage supérieur de l'abdomen; la fièvre fait souvent défaut. D'autre part, la notion d'une dysenterie antérieure aiderait beaucoup au diagnostic; mais on sait que la dysenterie amibienne se traduit souvent par des manifestations tellement discrètes et si banales que les malades n'y portent pas attention et que leur interrogatoire n'apprend rien.

J. Dumont.

LE SANG
(Paris)

Brindeau et Th Theodoridès. *Anémie pernicieuse gravidique d'origine paludéenne* (*Le Sang*, tome IV, n° 2, 1930). — Etude clinique et hématologique très détaillée d'un cas d'anémie pernicieuse, survenant au cours d'une grossesse, mais en réalité d'origine paludéenne, comme le prouva une guérison extrêmement rapide par la quinine. Cette observation amène B. et T. à considérer : 1° l'action du paludisme sur la grossesse, action qui est particulièrement fâcheuse : ici l'avortement se produisit très postérieurement, alors que l'anémie était moindre, que le paludisme était très amélioré, et sans qu'on puisse incriminer le traitement resté, d'ailleurs, peu intense; 2° l'influence de la grossesse sur le paludisme et sur l'évolution de l'anémie : le degré de celle-ci paraît être surtout en rapport avec la variété du *Plasmodium* en cause, qui demande à être recherchée.

Les auteurs rappellent les caractères des anémies paludéennes et précisent la conduite à tenir. Toute femme enceinte, atteinte de paludisme, doit être traitée par la quinine. Dans les cas très graves, il faut, au traitement étiologique, adjoindre une thérapeutique anti-anémique : on commencera par une série de transfusions avant d'entreprendre l'administration de la quinine. Celle-ci sera donnée à petites doses d'abord, et surveillée par des examens de sang journaliers. Ce n'est qu'en cas d'échec de la quinine qu'on sera autorisé à interrompre la grossesse.

Cette étude est suivie d'un chapitre d'hématologie très complet où B. et T. reprennent les diverses modifications sanguines et en discutent la signification. Ils les comparent à celles retrouvées, le plus habituellement dans le paludisme et, d'ailleurs, mal étudiées jusqu'ici. L'existence d'anémies pernicieuses paludéennes a été discutée. Ici, toutefois, il s'agissait bien d'un syndrome classique de maladie de Biermer. La rapidité d'action de la quinine montre, également, qu'il s'agit davantage d'un fonctionnement défectueux plutôt que d'un épuisement total de la moelle osseuse.

A. Escalier.

W. Bensis et A. Gouttas. *Anémie gravidique grave, ayant évolué sous forme d'anémie pernicieuse métaplastique, guérie par accouchement prématuré* (*Le Sang*, tome IV, n° 2, 1930). — Etude d'un cas d'anémie gravidique dont l'état clinique fut à tel point sérieux qu'on ne put interrompre la grossesse. Au point de vue hématologique, il s'agissait d'un type d'anémie pernicieuse métaplastique : chute des globules rouges à 600 000 par millimètre cube, augmentation de la valeur globulaire, polychromatophilie, légère anisocytose et poïkilocytose, présence de mégaloblastes à protoplasma basophile. Malgré le degré extrême de l'anémie, une interruption spontanée de la grossesse au 7e mois guérit rapidement et complètement la malade.

A. Escalier.

GAZETTE MÉDICALE DE FRANCE
(Paris)

H. Vignes (Paris). *Asthme et gestation* (*Gazette médicale de France*, 1930, n° 3, 1er Février). — L'asthme compliquant la grossesse n'est pas chose très exceptionnelle. V. en a observé une dizaine de cas dans sa clientèle privée et dans ses observations il croit intéressant de relever quelques particularités que voici :

1° Assez souvent, la gestation n'exerce aucune influence sur l'asthme habituel, ne l'augmente ni ne le diminue;

2° D'autres fois, au contraire, la gestation rappelle les crises ou les augmente. Ces aggravations, qui s'observent surtont pendant la première moitié de la gestation, sont sans doute liées à l'hypervagotonie qui s'observe fréquemment à cette période chez les sujets prédisposés et aussi à la rétention chlorurée, qui n'est pas rare;

3° On a décrit des crises d'asthme qui se manifestaient seulement pendant les gestations et disparaissaient après l'accouchement : V déclare n'avoir jamais observé ce fait;

4° Ces divers cas — asthme aggravé par la gestation et asthme créé par la gestation — peuvent revêtir une gravité telle qu'ils mettent la vie en danger : vie de la mère et vie de l'enfant. Sur 7 cas, Audibert a eu 1 décès. D'autre part, Offergeld parle de 73 pour 100 d'avortements et d'accouchements prématurés. V. n'a rien vu de semblable; aucune de ses clientes n'a succombé et aucun des avortements, au nombre de 9 sur 13 femmes, ne semble avoir été spécialement en rapport avec l'asthme. Il n'en est pas moins vrai que, dans les cas très graves, on peut être amené à interrompre la gestation (3 fois dans la statistique de V.);

5° Par contre, on a signalé des cas d'asthme qui auraient été améliorés par la gestation. Il s'agit de cas observés chez des hypothyroïdiennes, et la suractivité thyroïdienne de la gestation expliquerait ces améliorations;

6° L'accouchement est diversement influencé par l'asthme : tantôt les accès sont particulièrement dangereux à ce moment, tantôt au contraire les crises se suspendent par la parturition V, n'a, pour sa part, jamais observé d'accident grave;

7° Enfin, V. signale qu'une de ses clientes, qui avait fait toute sa gestation sans crises, vit reparaître ces crises pendant l'allaitement au point d'en présenter, à certain moment, à l'occasion de chaque tétée.

J. Dumont.

STRASBOURG MÉDICAL

Gunsett (Strasbourg). *Les cancers gynécologiques au Centre anticancéreux de Strasbourg*, de 1922 à 1929 (*Strasbourg médical*, t. XC, n° 17, 15 Juin 1930). — G., directeur du Centre anticancéreux de Strasbourg, publie la statistique des cancers gynécologiques (c. du col et du corps utérins, c. du vagin, c. de la vulve, des lèvres du clitoris et du méat urétral, c. des ovaires) qui ont été traités par les radiations, à ce Centre, de 1922 à 1929.

I. Cancers du corps de l'utérus. — Adoptant leur division classique en 4 groupes, G. envisage successivement :

Les cancers du 1er *degré*, comprenant les cancers du début, la lésion étant strictement limitée au col;

Les cancers du 2e *degré*, où la lésion a déjà dépassé le col, mais laisse encore l'utérus mobile : cas dit « à la limite de l'opérabilité ».

Les cancers du 3e *degré*, où la lésion a envahi un ou les deux paramètres, l'utérus n'est plus mobile : il s'agit de cas inopérables, mais justiciables encore de la curie et de la rœntgenthérapie.

Les cancers du 4e *degré*, où la lésion a envahi les organes voisins, le vagin, la vessie, avec ou sans métastases dans les ganglions ou dans des organes éloignés : ces malades ne sont plus justiciables d'aucune thérapeutique curative.

Les malades qui sont traités au Centre anticancéreux de Strasbourg se recrutent parmi les cas les plus avancés et les plus mauvais. Les cas du 1er et du 2e degré y sont extrêmement rares ; ce sont surtout des cas des 3e et 4e degrés qui lui sont adressés.

Ceci dit, voici les résultats obtenus par l'emploi des radiations (nous ne tenons compte que des cas traités depuis au moins 3 ans) :

1° Pour les *cas ayant 5 années d'observation* :

2 cas du 1er degré ont guéri, l'un par les rayons X seuls, l'autre par la curiethérapie utéro-vaginale combinée aux rayons X;

Pour les cas du 3e *degré*, au nombre de 21, les rayons X se sont, comme il fallait s'y attendre, montrés nettement inférieurs à la curiethérapie utéro-vaginale combinée aux rayons X En effet de 9 cas traités par les rayons X seuls, aucun n'a pu être sauvé, tandis que de 12 cas traités par la combinaison du radium avec les rayons X, 5 sont restés guéris, donc 41,6 pour 100. Il est vrai que les rayons X ne furent employés que dans des cas où le col n'était plus repérable pour permettre de placer correctement du radium : c'étaient donc des cas particulièrement graves et avancés.

2° Pour les *cas ayant 3 années d'observation* nous voyons que :

Des 6 cas du 1er et 2e degré qui sont restés tous guéris, 1 a été traité par le radium seul, 2 par les rayons X seuls et 3 par les rayons X, en combinaison avec le radium.

Pour les cas du 3e degré, les rayons X seuls ont guéri 5 cas sur 33, donc 15,1 pour 100, tandis que le radium combiné aux rayons X a guéri 6 cas sur 16, c'est-à-dire 37,5 pour 100.

La supériorité du radium combiné aux rayons X sur les rayons X seuls est donc également établie par cette statistique.

II. Cancers du corps de l'utérus. — Les cancers du corps de l'utérus, qui sont tous des cancers du type glandulaire, des adénomes malins, sont réputés comme radioréfractaires Ce sont des cas essentiellement opératoires, et on ne les traite pas par les radiations : tous les cas opérables que G. a vus ont été envoyés en chirurgie.

10 cas dans un état avancé et absolument inopérables, qui furent adressés au Centre, de 1922 jusqu'en 1929, par des chirurgiens et qui furent traités par les rayons X, sont tous morts.

De même les quelques récidives après cancers du corps opérés (il en a été traité 5 de 1922 à 1927) se sont montrées radioréfractaires : toutes ces malades sont mortes.

Par contre, il semble que le traitement rœntgenthérapique post-opératoire des cancers du corps opérés soit un traitement recommandable : G. a traité ainsi, en 1923, 4 malades dont une est morte, tandis que les deux autres allaient encore bien en 1930.

III. Cancers du vagin. — G. mentionne pour mémoire 2 malades atteintes de cancers du vagin, traitées en 1923 par radium et rayons X combinés et pour lesquelles il n'a pas de biopsie, et dont l'une était encore en vie et en bonne santé en 1930. 2 malades traitées avec biopsie en 1925 sont mortes.

IV. Cancers de la vulve. — Ils sont réputés comme particulièrement mauvais, même après extirpation et exérèse chirurgicale des ganglions de l'aine. G. en a traité 4 en 1922 : 1 a été perdu de vue, 1 malade est morte, 1 autre est restée sans récidive pendant 8 ans, puis elle a fait une récidive locale, 1 autre est restée guérie depuis 8 ans.

V. Cancers des ovaires. — G. ne dispose d'aucun cas de tumeur des ovaires, inopérable ou récidivée, contrôlé histologiquement, qui soit guéri par la roœntgenthérapie profonde; pourtant il a vu des survies intéressantes : 3 ans et 7 ans.

J. Dumont.

REVUE SUD-AMÉRICAINE DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE (*Paris*)

L. Mirizzi (Cordoba, Argentine). ***Diagnostic des tumeurs kystiques du pancréas : importance des rayons X et de la réaction de Wohlgemuth*** (*Revue sud-américaine de Médecine et de Chirurgie*, tome I, nº 3, Mars 1930). — Les formations kystiques du pancréas, du fait de la situation rétropéritonéale de la glande, sont toujours rétro-gastro-intestinales. Dans leur développement ils peuvent entrer en contact avec la paroi abdominale antérieure, soit en refoulant l'épiploon gastro-hépatique, soit en refoulant le ligament gastrocolique, soit en repoussant par en haut le côlon transverse et par en bas les anses grêles, sé coiffant ainsi simplement du péritoine pariétal postérieur. Tous les organes qui occupent normalement la partie supérieure de la cavité abdominale peuvent être sous-tendus par la tumeur de telle sorte qu'il est rare que l'inspection, la palpation et la percussion permettent de porter un diagnostic ferme. On a considéré comme un symptôme caractéristique la fixité de ces tumeurs et le fait qu'elles ne se déplacent pas franchement avec les mouvements respiratoires; mais le signe lui-même est infidèle et peut faire errer le diagnostic ainsi qu'il est arrivé à M. dans plusieurs cas.

Deux autres épreuves permettent parfois de préciser le diagnostic : c'est d'une part, la recherche dans l'urine de la réaction de Wohlgemuth, et, d'autre part, l'examen radioscopique de l'estomac après réplétion de l'organe par une bouillie opaque.

L'augmentation du pouvoir diastatique de l'urine implique toujours une affection du pancréas ; mais lorsque le taux des ferments est normal ou inférieur à la normale, il n'exclut pas le diagnostie de kyste du pancréas. Dans 2 cas personnels de pseudo-kystes post-traumatiques du pancréas, M. a trouvé une réation nettement positive; elle était négative dans un cas de kyste hydatique de la glande.

M. reproduit de fort intéressantes radiographies montrant les déformations caractéristiques que peut subir l'estomac du fait des développements de kystes pancréatiques. Dans les deux cas il s'agissait de pseudo-kystes post-traumatiques ceux-là mêmes qui, comme nous venons de le dire, s'accompagnaient d'une réaction de Wohlgemuth positive.

Sur l'une des radios, on constate une modification notable des contours gastriques. La bouillie opaque s'est collectée dans la grosse tubérosité, dans l'antre pylorique dévié vers la droite et vers la petite courbure dont le contour concave est remplacé par un recessus convexe. La région méso-gastrique et le tiers moyen de la grande courbure ne contiennent pas trace du mélange opaque. Il s'agissait d'un kyste ayant effondré le ligament gastro-colique.

Sur l'autre radio, on constate la disparition de la zone moyenne de la petite courbure. Au large de grande courbure on voit se dessiner un réseau qui marque les plis de la muqueuse gastrique, indiquant à la fois l'intégrité du revêtement épithélial (donc tumeur du siège extra-gastrique) et le passage partiel de la bouillie opaque dans la partie pylorique de l'estomac. A l'opération, on trouva un kyste du pancréas ayant effondré le petit épiploon.

J. Dumont.

A. H. Roffo (Buenos-Ayres). ***Leucoplasie expérimentale produite par le tabac*** (*Revue sud-américaine de Médecine et de Chirurgie*, tome 1, nº 4, Avril 1930). — La leucoplasie est considérée comme un état précancéreux, et l'on connaît le rôle du tabac dans son apparition, d'où son nom de plaque des fumeurs; on sait également l'importance, dans son apparition, du terrain syphilitique.

R. s'est proposé de reproduire expérimentalement des lésions leucoplasiques chez des lapins soumis à un long processus irritatif produit par la fumée du tabac, alors qu'une expérimentation préalable, entreprise avec la nicotine et l'extrait total du tabac, était restée négative. Les expériences portèrent sur 3 séries de 10 animaux. Dans deux de ces séries, R. avait modifié préalablement le terrain biologique à l'aide d'injections de solution huileuse ou colloïdale de cholestérine. Les animaux reçurent chaque jour, pendant 5 minutes, de la fumée produite par la combustion du tabac contenu dans une seringue de métal et projetée à la gencive par une bombe d'eau.

La fumée, ainsi appliquée journellement sur une même région de la muqueuse buccale, provoque une lésion ayant les caractères objectifs et histologiques d'une plaque de leucoplasie. Le derme joue un rôle peu considérable dans le processus pathologique. R. considère cette lésion comme provoquée par les produits de combustion du tabac et non par des principes actifs (extraits, nicotine). Elle est due à l'action de substances résineuses dérivées de l'oxydation d'huiles et d'acides produits par la distillation pyrogénée, ainsi qu'aux produits d'une double synthèse provoquée par la température élevée et formée par des noyaux benziniques stables et par des bases pyridiniques.

L. Rivet.

H. Annes Dias et Tenack de Souza (Porto Alegre). ***Les échanges chloro-azotés au cours de la pneumonie*** (*Revue sud-américaine de Médecine et de Chirurgie*, tome 1, nº 4, Avril 1930). — La pneumonie comporte un déséquilibre chloroazoté proportionnel à la gravité du cas. La rétention saline est un moyen de défense contre la désintégration azotée. Le clinicien doit suivre les échanges chloro-azotés au cours de la pneumonie, car l'apparition d'azotémie comporte une aggravation du pronostic. En cas d'azotémie avec chloropénie, la thérapeutique chlorosodique est indiquée: le sel doit être administré sous forme d'injections intraveineuses, hypertoniques, d'injections de sérum artificiel ou en ingestion. Dans 2 cas personnels où l'azotémie était respectivement de 1,81 et 1,33, les injections de sérum salé hypertonique ramenèrent l'azotémie au taux normal. Chez les hypertendus, il faut être prudent dans le maniement de cette médication.

L. Rivet.

DEUTSCHES ARCHIV für KLINISCHE MEDIZIN

N. A. Kewdin et F. P. Lopatschuk. ***L'alcalinité des réserves du sang dans ses rapports avec les troubles de la compensation du cœur*** (*Deutsches Archiv für klinische Medizin*, tome CLXVII, nº 1 et 2, Mai 1930). — K. et L. ont examiné 30 individus normaux — de contrôle — et 82 cardiaques âgés de 17 à 70 ans. Ils ont fait les prélèvements de sang le matin à jeun, chez les malades encore couchés, et ont déterminé l'alcalinité de réserve par la méthode de Van Slyke en volume de CO^2 sur 100 cmc de plasma.

Les chiffres qu'ils ont trouvés oscillent entre 48,1 et 60,5 volumes pour 100 avec, comme chiffre exceptionnel, 42,4. Chez les cardiaques, les chiffres ont été le plus souvent normaux. Dans quelques cas, cependant, on a observé de l'hypercapnée ou de l'hypocapnée. Dans 6 cas, la réserve alcaline a diminué, l'état du malade s'aggravant également. En faisant marcher ou fléchir les genoux jusqu'à la fatigue, K. et L. ont constaté, chez les individus sains comme chez les malades, une diminution de la réserve alcaline. Mais, chez les cardiaques, ce phénomène apparaissait plus vite et sous l'influence d'un moindre travail que chez les individus sains.

En cas de décompensation, il y a donc une tendence à l'acidose qui se produit, non seulement dans les muscles, mais dans les autres tissus et notamment dans le système nerveux. Il résulte de là une sorte de cercle vicieux. Bien que la dyspnée puisse être utile en favorisant le travail du cœur par l'augmentation de l'activité pulmonaire, elle témoigne, cependant, d'un état anormal des centres nerveux qui gêne la régulation de l'ensemble de l'appareil circulatoire. En tous cas, la détermination du pH du sang ne saurait suffire pour juger de l'état d'un cardiaque.

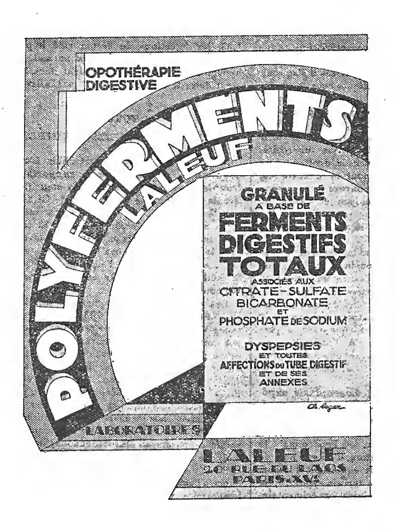
P.-E. Morhardt.

R. Boller et H. Kutschera-Aichbergen. ***Recherches thérapeutiques avec la lécithine et les phosphatides du myocarde dans l'affaiblissement du cœur*** (*Deutsches Archiv für klinische Medizin*, t. CLXVII, nºˢ 1 et 2, Mai 1930). — Pour empêcher la fatigue du cœur de provoquer des lésions myocardiques irréversibles, B. et K.-A. ont eu l'idée de recourir aux substances qui disparaissent du myocarde pendant la fatigue, c'est-à-dire au calcium et aux lipoïdes ainsi qu'aux phosphatides. Le fait que la lécithine soit assez abondante dans le sang chez ces malades ne signifie cependant pas que l'administration de cette substance ne puisse avoir un effet sur le cœur. On a employé des émulsions de lécithine à 10 pour 100 (Helpin-Robozethin) et enfin des extraits préparés avec du cœur de bœuf contenant surtout de la lécithine et de la céphaline sous une forme injectable. Les premiers essais avec des préparations de ce genre ont d'ailleurs provoqué de la douleur et des élévations de température. Mais une nouvelle préparation donne de meilleurs résultats.

Ces préparations ont été utilisées, non pas chez des cardiaques dont la décompensation était peu marquée, mais, au contraire, dans des cas graves et surtout quand aucune autre thérapeutique n'avait donné de résultats. Le nombre des malades s'élève à 36 et il est donné des observations de 8 d'entre eux.

Ce traitement a provoqué une amélioration de l'état général qui a pu être constatée objectivement. D'ailleurs, il y a eu des insuccès surtout dans les cas où existait une gêne mécanique de la circulation ou quand le myocarde était très profondément lésé.

L'action favorable s'observe, au contraire, quand


OPOTHÉRAPIE
DIGESTIVE
POLYFERMENTS
LALEUF
GRANULÉ
À BASE DE
FERMENTS
DIGESTIFS
TOTAUX
ASSOCIÉS AUX
CITRATE-SULFATE
BICARBONATE
ET
PHOSPHATE DE SODIUM
DYSPEPSIES
ET TOUTES
AFFECTIONS DU TUBE DIGESTIF
ET DE SES
ANNEXES
LABORATOIRES
LALEUF
20 RUE DU LAOS
PARIS XVe

le cœur est encore capable de fonctionner et qu'il ne se fatigue que périodiquement. Il s'agit alors de malades qui ont guéri de leur première crise simplement par le repos, puis des autres par la digitale laquelle finalement n'a plus agi. Les phosphatides employées par B. et K.-A., prolongent le temps pendant lequel la digitale agit encore. Dans ces conditions, les phosphatides sont indiquées surtout en cas d'asystolie par hypertension, par emphysème pulmonaire ou encore par lésions valvulaires dans lesquels la digitale et les diurétiques n'agissent plus guère. On peut administrer quotidiennement 1 ou 2 cmc d'une émulsion à 10 pour 100 pendant 5 ou 10 jours et rendre ainsi un peu d'activité à la digitale. En pareil cas, l'injection concomitante de sérum glucosé ou de solution de phosphate selon une formule dérivée de celle de Staub est également avantageuse.

Voici la formule :

NaH^2PO (H^2O)	1 gr. 14
Na^2HPO (12 H^2O).	8 gr. 1
Dextrose.	30 gr.
Eau distillée	300 gr.

P.-E. Morhardt.

ZEITSCHRIFT für TUBERKULOSE
(Leipzig)

Lydtin et Linde. *Tuberculose et grossesse* (*Zeitschrift für Tuberkulose*, tome LVI, 1930). — Il s'agit là d'une question délicate et controversée, et d'une importance pratique considérable du fait de la sanction thérapeutique qui en découle.

Plusieurs questions sont à envisager : la grossesse favorise-t-elle l'éclosion de la tuberculose? la grossesse aggrave-t-elle une tuberculose déjà constituée?

Frappés des divergences d'opinion à ce sujet et des variations considérables des statistiques, les auteurs ont cherché à préciser l'action de la grossesse suivant le degré de la tuberculose.

Dans les formes discrètes du sommet, dans lesquelles on n'a pas provoqué l'avortement, l'action de la gravidité n'a pas semblé spécialement fâcheuse; il ne faut pas néanmoins éliminer de parti pris l'avortement provoqué, même dans cette catégorie de malades.

Chez les femmes porteuses de lésions bacillaires plus avancées, 2 catégories sont à établir :

Les unes étaient des bacillaires anciennes, chez lesquelles on pratiqua systématiquement l'interruption de la grossesse : 13 succombèrent sur 21. Les autres, au nombre de 19, virent leur tuberculose se développer au cours de la gestation : sur 4 avortements, 2 survécurent; les 14 autres malades, chez lesquelles aucune intervention ne fut pratiquée, succombèrent.

On conçoit néanmoins que les auteurs se gardent de tirer la moindre conclusion de statistiques aussi délicates à interpréter.

G. Basch.

Dunner et Spiro. *Traitement de la tuberculose pulmonaire bilatérale par le pneumothorax d'un côté et la phrénicectomie de l'autre* (*Zeitschrift für Tuberkulose*, tome LVI, 1930). — Les indications de ce traitement sont variables : on le tentera soit dans le cas où, après installation d'un pneumothorax unilatéral, on a échoué en tentant le pneumo de l'autre côté, soit dans le cas où, après insufflation unilatérale, on a pu noter de l'autre côté des lésions bien limitées à la base, soit enfin dans le cas de lésions bilatérales d'emblée, lorsque le pneumothorax a échoué du côté que l'on a essayé d'insuffler le premier.

Sur les 12 malades traités, les auteurs ont noté 7 succès, statistique un peu moins bonne que celle du pneumo bilatéral.

G. Basch.

THERAPIE der GEGENWART
(Berlin)

I. Boas. *Le traitement diététique des malades atteints de cancer de l'estomac inopérable* (*Therapie der Gegenwart*, tome LXXI, fasc. 5, Mai 1930). — B. estime que 70 pour 100 des cancers de l'estomac qu'il observe sont inopérables lors du premier examen médical. Le rôle du médecin se borne alors à tâcher de soulager les souffrances et de prolonger l'existence. A cet égard, doit-on prescrire un régime ?

La plupart des médecins sont très sceptiques sur ce sujet, et ne croient pas utile de tourmenter le malade par des prescriptions diététiques, préférant recourir rapidement à la morphine. B., au contraire, soutient que la diététique peut soulager, relever l'appétit, provoquer des reprises de poids et un relèvement de l'état général. Son principe, c'est d'écarter tous les irritants mécaniques ou chimiques : pas de boisson alcoolique, pas de tabac; le régime est absolument liquide en principe; il doit être varié et agréable néanmoins, riche en calories et en vitamines : les gelées sont recommandées (gelées de viande, de poisson, de fruits, gelées au lait et aux amandes, aspics). Si les malades se fatiguent de ce régime, on peut ajouter des bouillies ou des purées, mais, en général, la viande est interdite. Parmi les condiments, outre les boissons alcooliques fortes, sont interdits les sauces piquantes, la moutarde, le cresson, l'oignon, l'ail, le poivre, les harengs et les conserves de poisson. Par contre, les divers jus de fruits (y compris le citron), la vanille, le yoghourt et le kéfir non mousseux sont permis. B. cite des améliorations obtenues par un régime soigneusement ordonné.

J. Mouzon.

V. Hinsberg et R. Weise. *Le traitement de la méningite purulente par l'urotropine* (*Therapie der Gegenwart*, tome LXXI, fasc. 5, Mai 1930). — Depuis 1912, V. Hinsberg applique, à la clinique oto rhino-laryngologique de Breslau, l'urotropine au traitement des méningites purulentes on sinusales. En 1926, il avait déjà appliqué cette thérapeutique à 137 méningites. Dans le présent article, il passe en revue des travaux qui, depuis ceux de Crowe (1908), établissent l'apparition de formaldéhyde ou d'urotropine dans le liquide céphalo-rachidien après administration pérorale, ou mieux intraveineuse, d'urotropine, les propriétés bactéricides acquises dans ces conditions par le liquide céphalo-rachidien (Crowe, Ibrahim, Denk et Leischner, Hinsberg et Jung, Voit et Jung), enfin l'action prophylactique certaine, et l'action thérapeutique plus douteuse, qu'exerce l'urotropine sur les méningites expérimentales chez l'animal (Crowe, V. Caneghem, Knick, Jung, Rostock, Flexner). Il énumère les observations anciennes, qui témoignent, chez l'homme, de la valeur de l'urotropine dans les méningites purulentes, otitiques, sinusales ou méningococciques (Crowe, Ibrahim, von Eiselsberg, Stokmeyer, Denker, Zange, Preysing, Rostock), mais auxquelles s'opposent les conclusions peu favorables de Fleishmann et de Guleke.

Enfin, il indique la technique à laquelle l'a conduit son expérience actuelle. La thérapeutique par l'urotropine est très efficace, mais il faut la pratiquer à hautes doses et de préférence par voie intraveineuse. H. et W. injectent, trois fois par jour, 8 à 10 cmc de solution d'urotropine à 40 pour 100, et ils continuent cette cure jusqu'à amélioration clinique franche, et jusqu'à éclaircissement du liquide, au besoin pendant des semaines. Certains sujets supportent ces doses énormes sans aucun incident (un jeune homme de 22 ans, par exemple, a reçu, sans présenter aucun signe d'intolérance, 230 gr. en injection intraveineuse, dans l'espace de 4 semaines). D'autres présentent des signes de cystite, des hématuries, du ténesme vésical, quelquefois même des signes de glomérulo-néphrite ou d'intoxication générale (nausées, épigastralgie, diarrhée). Mais ces symptômes sont toujours passagers : ils cessent le plus souvent aussitôt après l'arrêt du traitement, et ne laissent jamais de séquelles. Le ténesme se calme par les applications chaudes sur l'hypogastre et par la morphine. Les hématuries ne se reproduisent plus dès que les injections d'urotropine sont interrompues et que le malade absorbe des quantités importantes d'eau alcaline.

H. et W. associent au traitement urotropinique les ponctions lombaires répétées : deux ponctions par jour, poursuivies jusqu'à ce que l'écoulement se tarisse, et suivies d'injections d'air.

L'observation succincte relatée par H. et W. nous montre une réaction méningée puriforme impressionnante, d'origine otitique, qui a subi deux poussées successives à six semaines d'intervalle, et qui a guéri chaque fois après un traitement d'urotropine. Mais l'observation ne permet pas de juger s'il y a eu méningite purulente véritable ou méningite puriforme simple. J. Mouzon.

ACTA CHIRURGICA SCANDINAVICA
(Stockholm)

E. Ljunggren. *Clinique et pronostic des tumeurs rénales de Grawitz; pathogénie des hématuries* (*Acta chirurgica scandinavica*, t. LXVI, 1930, suppl. XVI). — Ce vaste travail, richement illustré de 125 figures, est basé sur 58 tumeurs de Grawitz opérées de 1910 à 1928. L. a rejeté la dénomination d'hypernéphromes pour diverses raisons, en particulier origine douteuse de ces tumeurs aux dépens de germes surrénaux aberrants, incertitude des critères histologiques qui permettraient de les distinguer des autres cancers épithéliaux du rein. Partant d'un point de vue purement clinique, il désigna sous ce nom de tumeurs de Grawitz un groupe de tumeurs du rein qui histologiquement ont tantôt la structure de l'hypernéphrome typique ou atypique, tantôt celle des cancers œdémateux, papillaires ou carcinomateux, mais qui macroscopiquement ont un aspect semblable et qui offrent une symptomatologie très uniforme.

L. étudie ensuite de façon critique les symptômes cardinaux : hématuries, signe le plus important au point de vue diagnostique, hématurie totale, renfermant souvent des caillots allongés, abondante, spontanée, indolore, intermittente et capricieuse ; tumeur, signe infidèle, d'ordinaire tardif, de peu de valeur pour le diagnostic précoce; douleur, qui dans aucun des cas n'a permis de diagnostiquer un néoplasme du rein. Le varicocèle est trop tardif pour avoir de la valeur. Les signes généraux sont trop vagues et trop lents à se manifester pour guider le diagnostic. L'examen des urines ne fournit pas de renseignements valables. L., avec la technique de Quensel, n'a jamais pu identifier de cellules tumorales. La cystoscopie pratiquée entre les hématuries ne donne d'ordinaire pas de résultat et ne permet pas de dire le rein qui a saigné, mais en période hématurique elle précise l'origine rénale de l'hématurie. Quant au cathétérisme urétéral, il n'a guère de valeur que lorsque le diagnostic de tumeur rénale ayant été fait par une autre méthode, il s'agit d'établir le diagnostic différentiel avec d'autres affections du rein. L'hypertension artérielle n'est nullement caractéristique des tumeurs de Grawitz qui ne semblent pas produire de substances hypertensives. L'azotémie ne dépasse pas souvent 0 gr. 40; l'épreuve de la diurèse provoquée ne donna un résultat normal dans aucun des cas examinés. La vitesse de sédimentation des hématies se montra augmentée chez tous les malades.

L. accorde une très large place à l'examen radiologique qui est la clé de voûte d'un diagnostic précoce et où la pyélographie joue le rôle prin-

cipal, car la simple radiographie reste trop souvent négative ou douteuse tandis que le pyélogramme montre des modifications de formes variées et souvent caractéristiques qui, si on les rapproche de la forme et des dimensions de l'ombre rénale et de la situation du bassinet au sein de cette ombre donnent des renseignements d'une extrême valeur. Toutefois les défauts de remplissage doivent être interprétés avec la plus grande prudence. Dans 15 cas sur 16, où L. a utilisé la pyélographie, celle-ci a donné des indications diagnostiques; dans 6 de ces cas le rein malade n'était pas palpable. Dans un cas la tumeur décelée n'était pas plus grosse qu'une noix.

Ce qui importe avant tout, c'est la précocité du diagnostic; il faut le faire avant que le rein soit palpable et, dans ce but, il est indispensable de soumettre tout cas d'hématurie douteuse à un examen urologique spécial où la radiologie a le premier rôle. Les principales causes d'erreur à envisager sont les hématuries prostatiques, les hématuries accompagnant des infections suppurées du rein ou du bassinet, d'autant que les tumeurs peuvent être l'origine de phénomènes de pyélite ou de pyélonéphrite, certaines formes de glomérulo-néphrite hématurique et surtout les hématuries essentielles où le pyélogramme est normal et renseigne mieux que l'exploration opératoire du rein.

Le diagnostic est plus délicat lorsque les hématuries font défaut et que la tumeur rénale existe seule. Il faut la différencier des hydronéphroses et de toutes les tumeurs de la région; là encore la radiologie a souvent le dernier mot.

Les 58 néphrectomies, dont 3 transpéritonéales faites sur les malades de L., ont donné une mortalité opératoire de 10 pour 100, inférieure de moitié au chiffre habituel. Les 52 autres malades ont pu être suivis continuellement après l'intervention; 4 sont morts dans les dix années suivantes d'affections intercurrentes sans récidives constatées; 25 ont succombé à des récidives survenues dans les onze années ayant suivi l'opération, le plus souvent dans les poumons (14 cas) ou dans les os (11 cas), ou *in situ* (10 cas), parfois dans l'autre rein (5 cas). Les métastases peuvent survenir si tardivement qu'un malade ne peut être considéré comme définitivement guéri que lorsque dix années se sont écoulées depuis l'opération sans qu'il ait alors de signes de métastase. Les métastases pulmonaires dans les tumeurs de Grawitz sont très fréquentes et il ne faut jamais oublier d'explorer radiologiquement les poumons; mais l'existence d'une métastase pulmonaire n'est pas une contre-indication à l'opération, car leur développement est très lent et elles peuvent même rétrocéder après l'intervention (Bumbus).

La constatation de métastases ganglionnaires au cours de l'opération est d'un très mauvais pronostic; l'envahissement de la veine rénale par la tumeur, considéré souvent comme d'un pronostic désespéré, ne justifie pas ce pessimisme d'après les observations de C. qui a constaté cet envahissement 39 fois et a 9 opérés qui vivent encore cinq ans après l'intervention. Il y a 3 fois plus d'opérés qui survivent autant, lorsque la tumeur n'a pas envahi la veine rénale.

Les autopsies montrent que le tissu néoplasique qui est resté dans la veine à l'opération peut se résorber spontanément et ne pas être le point de départ d'une récidive.

Parmi les 21 opérés qui ont survécu sans avoir de signes de récidive, 10 ont été opérés il y a plus de dix ans, 4 il y a plus de six ans.

Dans un chapitre très intéressant, mais impossible à analyser, L. fait ensuite une étude anatomique et radiologique comparée des modifications du bassinet causées par les tumeurs de Grawitz, étude très précieuse pour interpréter les pyélogrammes.

L'étude anatomo-pathologique de ces cas l'amène à préciser la pathogénie des hématuries. Il a constaté que, dans la plupart des cas, la cause en était l'envahissement du bassinet, c'est-à-dire la tumeur elle-même. Parfois l'origine de l'hématurie se trouve dans le tissu rénal ou dans la muqueuse du bassinet, qu'il s'agisse soit de processus inflammatoires se manifestant à ce niveau, soit de stase veineuse dans la muqueuse du bassinet. Il semble que, dans certains cas, la cause de l'hématurie soit complexe et que, chez un même sujet, des causes différentes puissent intervenir pour expliquer des hématuries se produisant à un certain intervalle. L'intermittence particulière des hématuries peut s'expliquer, dans la plupart des cas, tantôt par l'organisation conjonctive du foyer hémorragique intratumoral, tantôt par les difficultés mécaniques qu'éprouve le sang épanché dans le bassinet pour atteindre l'uretère à travers les passages rétrécis du bassinet.

P.-L. Marie.

ACTA MEDICA SCANDINAVICA
(Stockholm)

A.-H. Du Bois (de Genève). *Pathogénie de l'angine à monocytes* (*Acta medica scandinavica*, tome LXXIII, n° 3, 31 Mai 1930). — Si l'angine à monocytes (fièvre ganglionnaire, adéno-lymphoïdite aiguë bénigne avec mononucléose) a donné lieu à de nombreuses descriptions cliniques, sa pathogénie, faute de vérifications anatomiques, est demeurée assez obscure; la plupart des auteurs admettent cependant un processus morbide ne sortant pas du cadre lymphatique, les cellules blanches du sang étant des lymphocytes.

B., au contraire, pense que l'angine à monocytes est une infection du tissu réticulo-endothélial dans son ensemble, touchant le réticulum des ganglions, de la rate, du foie et les endothéliums vasculaires à un degré plus ou moins marqué.

Son malade, un jeune homme de 26 ans, après un début grippal, présenta une angine rapidement grave, à tendance nécrotique, avec adénopathie, splénomégalie modérée, leucocytose (16.000), et mononucléose sanguine (61 pour 100), un exanthème tardif scarlatiniforme discret, le tout réalisant un syndrome infectieux aigu qui, 20 jours après le début, se compliqua d'une pleurésie purulente, avec présence de mononucléaires dans les crachats et dans l'épanchement, qui emporta rapidement le malade, alors que les symptômes accompagnant l'angine avaient en partie régressé, et que seules persistaient la splénomégalie et la mononucléose sanguine. L'hémoculture était restée négative. Une biopsie de la moelle sternale avait permis d'écarter le diagnostic de leucémie. On y trouvait des éléments médullaires normaux, auxquels s'ajoutaient de nombreux monocytes d'origine sanguine.

L'autopsie montra l'atteinte du système réticulo-endothélial dans son ensemble. Macroscopiquement, le foie, la rate et les ganglions lymphatiques étaient augmentés de volume. Histologiquement, soit dans les ganglions, soit dans la rate, soit dans le foie, la structure générale était conservée, quoique troublée dans ses détails par une atteinte du stroma de ces organes. Cette atteinte, bien visible dans les ganglions, se traduisait par un gonflement des cellules du réticulum séparant les uns des autres les éléments lymphocytaires, donnant ainsi à un premier examen cette apparence anarchique des ganglions signalée à la biopsie par divers auteurs. Au niveau du foie, le centre seul des globules montrait une exagération du stroma dans son développement, pouvant expliquer l'atrophie allant jusqu'à la nécrose des cellules hépatiques avoisinantes. Aucun microbe ne se voyait sur les coupes.

La moelle osseuse, à l'autopsie, ne montra aucune atteinte grave du tissu hématopoïétique, mais on retrouvait, soit dans les vaisseaux, soit dans le parenchyme, les gros mononucléaires anormaux du sang, avec parfois des inclusions d'éléments cellulaires sanguins; l'intima d'une artère se montra épaissie; l'endothélium des veines était un peu tuméfié et proéminent, tandis que les cellules du réticulum paraissaient par places tuméfiées, et parfois vacuolisées.

On notait enfin de légères lésions d'endocardite sur le bord de la mitrale, constatation qui crée une analogie avec l'endocardite lente, elle aussi caractérisée par la participation des endothéliums au processus morbide.

Ces faits permettent, d'après B., de conclure que l'angine à monocytes est une maladie infectieuse aiguë, intéressant le tissu réticulo-endothélial, et dont l'agent reste encore inconnu. Le tissu lymphatique ne semble pas participer directement au processus morbide, si ce n'est mécaniquement, au niveau des ganglions, par un œdème du réticulum. La monocytose caractéristique paraît d'origine réticulo-endothéliale, résultant de la desquamation et du passage dans le sang circulant des éléments lésés par l'infection.

P.-L. Marie

ARCHIVOS DE MEDICINA Y CIRURGIA Y ESPECIALIDADES
(Madrid)

Bastos et Mazo Buron. *Calcémie et rhumatisme déformant* (*Archivos de Medicina, Cirugia y Especialidades*, tome XXXII, n° 10, 8 Mars 1930). — La question de la calcémie dans le rhumatisme a été fort controversée. Parmi les nombreux travaux consacrés à la question et rappelés dans les premières colonnes de cet intéressant article, il faut citer celui de Ssamarin, pour qui la calcémie constitue un élément important de la diathèse qui préside au rhumatisme chronique déformant. De là à admettre le rôle des parathyroïdes, il n'y a qu'un pas. Les interventions pratiquées à son instigation n'ont donné que des résultats douteux, avec des améliorations difficiles à vérifier puisqu'elles portaient surtout sur les symptômes subjectifs.

Les conclusions quelque peu optimistes de Ssamarin ont été critiquées par Gold, et à fort juste titre, d'après B. et B. Ce sont ces travaux qui ont servi de point de départ aux auteurs du présent mémoire.

Ils ont tout d'abord expérimenté sur des sujets normaux soumis à des régimes divers, afin d'apprécier le rôle de l'alimentation. Ils ont notamment étudié la calcémie alimentaire; or, à l'état normal, malgré une alimentation riche en calcium, cette calcémie artificielle n'est que transitoire; très rapidement le calcium a passé dans les os, qui en représentent le réservoir principal.

Dans les cas de rhumatisme, il y a incontestablement une certaine calcémie, mais, comme le fait remarquer cet auteur, elle tient uniquement à une légère décalcification de l'os, que l'on peut constater en d'autres circonstances sans que le rhumatisme déformant ne s'ensuive. La calcémie n'a donc d'autre valeur que celle d'un symptôme : on ne peut la considérer comme le *primum movens*.

M. Nathan.

ARCHIVES OF INTERNAL MEDICINE
(Chicago)

S. A. Levine, A. C. Ernstene, B. M. Jacobson. *L'épreuve de l'adrénaline dans le diagnostic de l'angine de poitrine* (*Archives of internal Medicine*, t. XLV, n° 2, Février 1930). — Ayant eu l'occasion de voir un malade atteint d'angine de poitrine présenter un accès typique lors d'une injection d'adrénaline faite pour une crise d'asthme, les auteurs ont essayé de tirer parti de cette constatation pour faciliter le diagnostic d'angine de poitrine dans les cas litigieux.

Ils ont injecté par voie sous-cutanée 1 cmc d'adrénaline à 3 groupes de sujets : les uns étaient


Médication
Anti-Bacillaire
AZOTYL

atteints d'angine de poitrine ; d'autres étaient des sujets normaux du même âge que les précédents ; les autres enfin, des adultes jeunes. Chez tous les angineux sauf un, la douleur typique se montra à la suite de l'injection, tandis qu'elle fit défaut chez tous les témoins. La douleur apparut en moyenne 20 minutes après l'injection, quelques minutes avant que la pression systolique eût atteint son maximum ; elle dura de 5 à 37 minutes.

Les électro-cardiogrammes des angineux montrèrent à la suite de l'injection une augmentation d'amplitude de l'onde T, dont on sait l'importance dans les affections coronariennes, alors qu'elle avait tendance à s'atténuer dans les 2 autres groupes. D'autre part, l'augmentation de la pression sanguine et des pulsations fut un peu plus marquée chez les angineux.

Les auteurs estiment que le déclenchement de la douleur angineuse sous l'influence de l'injection d'adrénaline peut être utilisée dans le diagnostic de l'angine de poitrine. Cette épreuve doit d'ailleurs être réservée aux seuls cas où le diagnostic est douteux ou lorsqu'il y a d'autres explications possibles, calculs biliaires, affection gastrique ou duodénale, par exemple, pour les symptômes que présente le malade.

En raison de la quasi-constance avec laquelle l'adrénaline produit la douleur typique chez les angineux, il est indiqué de ne manier chez eux ce médicament qu'avec la plus grande prudence.

P.-L. Marie.

W Duke. *Hypersensibilité à la chaleur et à l'effort; hypersensibilité au froid; leurs rapports avec le syndrome d'effort, la prostration due à la chaleur, l'asthme, l'urticaire, le coryza non infectieux et les infections* (*Archives of internal Medicine*, t. XLV, n° 2, Février 1930). — D. attribue à un trouble du mécanisme thermo-régulateur divers troubles morbides tels que la prostration causée par la chaleur, le syndrome d'effort de Lewis (épuisement, étourdissements, oppression et tremblement après l'effort), certains cas de coryza non infectieux, d'asthme, d'urticaire et de manifestations cutanées diverses (érythème, prurit, dermites, etc.).

Il insiste sur la complexité du mécanisme de la thermo-régulation qui réclame pour un fonctionnement normal l'action coordonnée de nombreux systèmes contrôlant la production et la déperdition de la chaleur. Parmi ceux-ci les plus importants sont les centres cérébraux et les nerfs sensitifs affectés à la perception des impressions thermiques qui exercent un effet thermostatique, certaines glandes endocrines (thyroïde, surrénales. hypophyse) qui interviennent dans la production et la déperdition de calorique, les substances du groupe de l'histamine qui agissent sur le tonus vasculaire, les surfaces de réfrigération (muqueuse nasale et bronchique, peau) et les appareils commandant la sécrétion de ces surfaces, les appareils contrôlant la profondeur et la vitesse de la respiration et l'afflux sanguin à ces surfaces et aux viscères.

D. pense que, dans certaines conditions, ce mécanisme complexe est troublé sur un certain point et qu'il répond alors anormalement aux sensations de froid et de chaud ; ces réponses anormales occasionneraient plus souvent des modifications pathologiques que l'effet direct d'un changsment de température sur les tissus eux-mêmes.

D'autre part, les réactions allergiques aux substances étrangères peuvent donner lieu à des symptômes semblables à ceux de l'hypersensibilité à la chaleur ou au froid ou même, le cas échéant, peuvent créer une hypersensibilité de ce genre.

Cliniquement, on constate chez les sujets en question une température très instable, souvent inférieure à la normale; parfois le métabolisme basal est instable; il existe souvent de l'hyperesthésie de la peau au froid et au chaud, enfin on peut reproduire les symptômes par application de chaleur (compresses, bain local ou général, diathermie) ou de froid (eau froide, glace) et inversement arrêter les manifestations au moyen de l'agent physique contraire à celui auquel sont sensibles les patients. Ceux-ci mènent d'ordinaire une existence conforme à leur susceptibilité, d'un degré d'ailleurs très variable. Ils sont capables de s'acclimater et de perdre aussi leur acclimatation.

Chez beaucoup de sujets on peut arriver à découvrir la cause de l'hypersensibilité Chez d'autres on ne trouve pas de processus morbide l'expliquant. On constate souvent alors qu'il y a eu une maladie fébrile, juste avant l'apparition de l'hypersensibilité. Les pyrexies font travailler le mécanisme thermo-régulateur à un degré trop élevé si bien que les réponses à une température normale peuvent être semblables à celles normalement dues à une diminution de température, ce qui amènerait une rétention de chaleur et une ascension de la température. Dans bien des cas la convalescence d'une maladie fébrile s'accompagne d'une hypothermie plus ou moins prolongée Le mécanisme thermo-régulateur travaille alors à un degré trop bas en sorte que ses réponses sont semblables à celles que cause normalement une températnre plus élevée et donnent lieu à une perte de chaleur trop forte, d'où chute de la température. Il se peut que dans certaines conditions le niveau anormal auquel travaille le mécanisme thermo-régulateur pendant une maladie fébrile survive à cette dernière et donne ainsi lieu à des réponses anormales au froid et au chaud pendant plus ou moins longtemps ou même définitivemeut.

Pendant les réactions que présentent ces sujets au froid et au chaud, ils se montrent souvent d'une sensibilité exagérée aux infections. Certains ont eu du coryza, de la bronchite, voire une pneumonie à la suite des épreuves diagnostiques auxquelles ils furent soumis. Il semble que ce type d'hypersensibilité joue un rôle dans la susceptibilité de beaucoup de personnes aux épidémies du printemps et de l'automne, et encore dans les infections surajoutées qui suivent souvent les maladies fébriles ainsi que dans la prédisposition des gens âgés aux infections respiratoires.

Le diagnostic de ces états se fait à la lumière des antécédents et des épreuves cliniques.

Le traitement est plus facile dans l'hypersensibilité au froid, où un rapide bain froid ou une friction glacée au lever donne souvent de beaux succès. Dans l'hypersensibilité à la chaleur, on évitera la chaleur humide. La pyrétothérapie (injections de vaccin colibacillaire) peut être utile, beaucoup de sujets réagissant le plus fortement lorsque leur propre température est basse. Les bains chauds donnés dans la nuit préviennent souvent les crises matinales.

P.-L. Marie.

E. W. Saunders. *Spécificité sérologique et étiologique du streptocoque α de l'ulcère gastrique* (*Archives of internal Medicine*, t. XLV, n° 3, Mars 1930). — A l'appui de la pathogénie streptococcique de l'ulcère gastrique, déjà défendue par Rosenow, Haden, Nickel, etc., S. apporte les arguments suivants :

1° Dans presque tous les cas il a pu isoler des ulcères en activité prélevés chirurgicalement un streptocoque non hémolytique du type-α, qui se trouvait en culture pure dans la majorité des cas.

2° Ce streptocoque α soumis aux épreuves d'agglutination et d'absorption des agglutinines, s'est montré toujours identique dans ses caractères. Cette homogénéité est très remarquable en présence de l'extrême hétérogénéité bien connue du groupe du streptocoque α. D'autre part, S. a pu établir l'identité de ces streptocoques de l'ulcère, quant aux propriétés agglutinogéniques et antigéniques, avec 4 souches de streptocoques α isolés dans 4 cas d'une affection aiguë d'allure spécifique, caractérisée par de petites ulcérations des lèvres, de la langue, de la muqueuse buccale et des amygdales. De plus, il existe une parenté sérologique entre les streptocoques de l'ulcère et les streptocoques α' qu'on trouve à l'origine d'ulcérations de la peau (ulcérations par morsure). Par contre, ils se montrent dissemblables des streptocoques α isolés de foyers infectieux tels que les dents, du point de vue de l'agglutination et du pouvoir antigénique.

3° Le sérum des malades atteints d'ulcère gastrique contient des agglutinines spécifiques vis-à-vis de ces streptocoques; elles semblent exister jusqu'à un certain point en proportion de l'étendue et de la phase évolutive de l'ulcère. Les sérums témoins provenant de malades atteints d'affections non streptococciques et de sujets présentant d'autres types d'infections streptococciques, renferment beaucoup moins d'agglutinines (25 pour 100 en moins environ) pour le streptocoque de l'ulcère que le sérum des ulcéreux.

4° Bien que les inoculations de streptocoques d'ulcères dans la muqueuse gastrique du chien et dans les veines du lapin n'ait pas donné lieu à des lésions gastriques, ces microbes se sont montrés capables de provoquer des ulcérations chroniques lorsqu'on les injecte dans le derme du chien.

5° Du point de vue de l'anatomie pathologique, l'ulcère gastrique est une lésion inflammatoire typique. La région nécrosée située dans le cratère de l'ulcère renferme les streptocoques en question, comme l'on peut s'en rendre compte sur les pièces opératoires traitées immédiatement par la méthode de Levaditi.

Comment le streptocoque s'implante-t-il sur la muqueuse gastrique? Probablement à la faveur d'une diminution de la résistance locale et générale du sujet. Il est possible que ce soit par le lait de vache que ce streptocoque s'introduise chez l'homme.

En tous cas, les séro-agglutinations obtenues avec le sérum des ulcéreux, si elles se confirment sur une large échelle, doivent inciter à chercher la source de l'infection et les moyens de la prévenir, en particulier au moyen d'un vaccin efficace.

P.-L. Marie.

W. O Thompson, E. G. Thorp, P. K. Thompson, A. C. Cohen. *La dose d'iode efficace dans le goitre exophtalmique* (*Archives of internal Medicine*, tome XLV, n° 3, Mars 1930). — Comme les rémissions données par l'iode dans le traitement pré- et post-opératoire du goitre exophtalmique se produisent avec des doses fort différentes, les auteurs ont cherché à préciser la dose minima efficace en se fondant sur les données du métabolisme basal.

En donnant I goutte par jour de la solution iodo-iodurée officinale, soit 6 milligr. d'iode, à 17 basedowiens hospitalisés pris au hasard, ils ont noté chez 15 (88 pour 100) une diminution moyenne de 27 points dans le métabolisme basal, qui semble aussi considérable que celle obtenue par d'autres cliniciens avec des doses bien plus fortes. Chez 2 malades seulement le métabolisme ne fut pas modifié. Cette dose amène la diminution maximum en moyenne au bout de 7 jours, le début se manifestant au bout 1 à 4 jours.

Il semble donc que les doses d'iode données actuellement qui s'élèvent couramment à 6 cme par jour sont inutilement excessives. Il est fort douteux que plus de V gouttes soient nécessaires pour obtenir le résultat maximum.

Avec une demi goutte par jour, soit 3 milligr. d'iode, donnée à 20 autres basedowiens, 13 (65 pour 100) présentèrent une diminution importante de leur métabolisme, 14 points en moyenne, mais moitié moindre qu'avec I goutte Chez 5 le métabolisme basal ne fut pas modifié; il augmenta chez 2. Le maximum de la diminution se produisit au bout de 7 jours, l'effet commençant souvent à se manifester au bout de 24 heures.

Avec un quart de goutte (1 milligr. 5 d'iode)

chez 14 autres basedowiens, 7 seulement (50 p. 100) virent diminuer leur métabolisme, et en moyenne de 9 points. Lorsqu'on donne ensuite XXX gouttes par jour, on n'observe qu'une diminution relativement faible du métabolisme. Ces petites doses peuvent donc entraver l'action ultérieure de doses beaucoup plus fortes, au moins dans les cas graves. On ne peut donc comparer l'action des diverses doses que chez des sujets non traités antérieurement par l'iode. De même, il est essentiel d'assurer par une cure de repos préalable le niveau constant du métabolisme.

Il faut donc donner d'emblée la dose nécessaire d'iode, celle-ci étant de 6 milligr. par jour, et ne pas débuter par de trop faibles doses.

Fait remarquable, dans 3 cas, après l'administration d'un demi à un quart de goutte, il se produisit une augmentation du métabolisme basal et une aggravation de la maladie que des doses d'iode plus fortes permirent d'influencer heureusement. La réaction à l'iode paraît donc réversible.

D'après ces données, il semble que dans le goitre exophtalmique on doive fournir de l'iode à la thyroïde à une dose plus forte que celle qui est susceptible d'être utilisée dans l'élaboration de la thyroxine — on sait que la quantité d'iode nécessaire chez le sujet sain est de 0 milligr. 16 par jour — dans le but de provoquer la modification fonctionnelle associée à l'emmagasinement de la substance colloïde et une diminution de l'excrétion de la thyroxine. On admet que cet emmagasinement marche de pair avec la diminution du métabolisme basal; toutefois le début de cette diminution dans les 24 heures suivant l'administration de très petites quantités d'iode (1 milligr. 5) fait penser que l'excrétion de la thyroxine peut se trouver restreinte avant que la substance colloïde ait pu s'accumuler en quantité suffisante pour bloquer l'excrétion de thyroxine.

P.-L. Marie.

W O. Thomson, P. K. Thompson, A. G. Brailey A. C. Cohen. ***Le traitement prolongé du goitre exophtalmique par l'iode exclusivement*** (*Archives of internal Medicine*, t. XLV, n° 4, Avril 1930). — La valeur de la thérapeutique iodée courte et intensive en tant que traitement préparatoire en vue de la thyroïdectomie chez les basedowiens est maintenant hors de toute contestation. Par contre, on est moins bien fixé sur les bénéfices du traitement iodé prolongé. Il semble ressortir des observations publiées de divers côtés que l'effet de l'iode, tout en étant net, n'est alors que temporaire et qu'au bout de quelques semaines, l'état du malade redevient ce qu'il était avant la cure iodée, et même peut s'aggraver. Goetsch (1927) a même eu des résultats uniformément mauvais chez les basedowiens avancés.

Les auteurs ont repris l'étude de la question au cours des trois dernières années au Massachussetts general Hospital de Boston sur une série de 24 cas de goitre exophtalmique dont le métabolisme basal fut contrôlé de près. Dans 14 cas il s'agissait de formes bénignes, dans 10 de formes plus ou moins graves. L'iode fut employé à l'exclusion de tout autre traitement, de façon continue ou intermittente, pendant une période allant de 6 semaines à 3 ans; dans 13 cas la cure atteignit ou dépassa 1 an. A l'exception de 3 cas où l'iode donna des résultats peu satisfaisants, les malades continuèrent tout le temps à vaquer à leurs occupations. La dose donnée fut minime en général, une goutte par jour de la solution officinale iodo-iodurée, soit 6 milligr. d'iode.

Parmi les 14 cas bénins, le traitement eut un effet satisfaisant 9 fois (64 pour 100), c'est-à-dire que les symptômes d'intoxication thyroïdienne s'effacèrent complètement ou presque et le métabolisme basal se maintint à un niveau normal. Dans 4 de ces 9 cas où l'iode fut suspendu pendant 10 à 16 mois, la maladie semble avoir disparu; dans 3 autres où l'on n'a pas donné d'iode pendant 6 à 17 mois, il n'y a pas eu de récidives. Le résultat fut absolument satisfaisant chez 3 malades (22 pour 100), c'est-à-dire que l'amélioration fut complète malgré la lenteur ou les fluctuations dans la réponse à la médication. Dans 2 cas (14 pour 100) les résultats ne furent pas satisfaisants, mais l'affection n'empira pas avec l'iode. La proportion des cas défavorables semble être si petite qu'il ne paraît pas exister de contre-indication au traitement iodé prolongé lorsqu'on le réserve strictement aux cas bénins et si l'on surveille de près les malades.

Il n'en est plus de même pour les formes graves. Rarement on observe autre chose qu'une amélioration passagère et souvent l'affection s'aggrave. Parmi les 10 cas graves traités, les résultats ne furent satisfaisants que chez 1 malade (10 pour 100); le bénéfice fut transitoire chez 4 (40 pour 100) et une aggravation se produisit chez 5 (50 pour 100).

La réponse des malades à ce traitement iodé prolongé semble être déterminée plus par les événements se produisant spontanément dans l'affection que par l'iode même. Dans les cas favorables l'iode peut avoir simplement tenu la maladie en échec alors qu'elle poursuivait son évolution naturelle. Mais, même s'il en est ainsi, cela n'empêche pas cette thérapeutique d'avoir une certaine valeur dans le traitement du goitre exophtalmique bénin.

P.-L. Marie.

J. A. Bargen. ***Etat des recherches étiologiques sur la colite ulcéreuse chronique*** (*Archives of internal Medicine*, t. XLV, n° 4, Avril 1930). — De la revue des travaux concernant la colite ulcéreuse que passe B., il ressort que la plupart des médecins qui l'ont étudiée la considèrent comme une maladie infectieuse, mais que la nature de l'agent spécifique demeure douteuse, les bacilles dysentériques, des germes voisins et différentes sortes de streptocoques ayant été tour à tour incriminés. Cette incertitude dans les résultats bactériologiques semble tenir aux méthodes défectueuses employées.

En pratiquant des ensemencements en bouillon glycosé au cerveau de Rosenow, avec des produits prélevés au niveau même des ulcérations préalablement bien décapées sous contrôle endoscopique, B. n'a jamais trouvé de bacilles dysentériques, mais des diplocoques, en culture pure dans 80 pour 100 des cas de colite ulcéreuse, prenant le Gram, un peu lancéolés, tendant à se mettre en chaînes, ne poussant pas en surface, au moins lors des premières cultures, sur la gélose ordinaire, ne cultivant pas sur la gélatine, ne rappelant pas sur gélose mannitée l'aspect des colonies d'entérocoques, ne coagulant pas le lait, ne fermentant pas l'inuline à la différence du pneumocoque, ni la mannite à l'inverse du *Str. fæcalis*, produisant une zone verte sur gélose au sang, appartenant donc, semble-t-il, au groupe du streptocoque et à l'espèce *viridans*.

On peut préparer avec ce diplocoque injecté au lapin un anti-sérum agglutinant à titre élevé.

Injectées dans les veines du lapin et du chien, les cultures initiales produisent une diarrhée grave muco-sanglante, un amaigrissement rapide et des lésions ulcéreuses dans le rectum et la dernière moitié du côlon.

Des recherches du contrôle faites chez 91 sujets ne permirent de déceler des diplocoques semblables que chez 16 d'entre eux : 6 souches seulement furent agglutinées par l'anti-sérum et seules 4 déterminèrent des lésions chez l'animal, et sous forme de minimes hémorragies disséminées dans le côlon. Les autres souches de streptocoques isolées ne produisirent pas de semblables lésions,

Le même diplocoque fut décelé par hémoculture chez 6 malades atteints de formes aiguës graves de colite ulcéreuse. Chez 3 de ces malades qui succombèrent et chez 12 autres B. a pu mettre en évidence histologiquement les diplocoques dans la profondeur du tissu inflammatoire et de granulation.

On retrouve des diplocoques semblables, ayant mêmes propriétés pathologiques, au niveau des abcès dentaires péri-apicaux et des abcès amygdaliens.

Un autre argument en faveur de la spécificité de ce diplocoque est l'efficacité du sérum obtenu chez le cheval par injection des cultures, dans le traitement des formes aiguës graves de la maladie et celle des auto-vaccins dans le traitement des formes chroniques.

P.-L. Marie.

J. A. Clarke. ***L'atélectasie pulmonaire, complication de l'asthme*** (*Archives of internal Medicine*, tome XIV, n° 4, Avril 1930). — L'atélectasie lobaire ou massive du poumon se rencontre à la suite de la compression du poumon normal, par exemple en cas de pneumothorax ou d'hydrothorax, ou à la suite d'une obstruction des bronches par une tumeur ou un corps étranger, et on peut la reproduire expérimentalement par ce mécanisme. Elle se montre assez souvent comme complication d'une intervention sur le poumon et résulte dans un grand nombre de cas de la présence d'un bouchon de mucus visqueux dans une grosse bronche.

Mais il est une autre variété de collapsus massif du poumon, encore peu connue et qui semble être souvent mortelle. C'est celui qui survient dans l'asthme. G., en dehors du cas de Laennec et Andral, en a relevé trois autres et apporte 2 observations. Dans la première le diagnostic fut fait par la radiographie en série. Il s'agissait d'une femme de 32 ans, asthmatique depuis l'enfance, chez laquelle on constata au cours d'une crise d'asthme très sévère un collapsus du lobe inférieur droit avec attraction du cœur et de la trachée de ce côté. 10 jours après le poumon était encore collabé, mais le déplacement du cœur moindre. La bronchoscopie ne montre pas d'obstruction. Un mois après, le lobe collabé avait recouvré son expansion normale.

Le second cas fut mortel. Il concerne une femme de 53 ans, asthmatique depuis 12 ans, présentant des réactions cutanées d'hypersensibilité à diverses substances, et entrée à l'hôpita pour une dyspnée continuelle, soulagée seulement par l'adrénaline. Après avoir reçu 8 injections d'adrénaline la veille, on lui fit 0 gr. 01 de morphine et elle put s'endormir vers minuit. A 5 heures on remarqua qu'elle était dyspnéique et cyanosée. Malgré toutes les tentatives thérapeutiques, elle mourait une heure plus tard sans avoir repris connaissance. A l'autopsie, collapsus des 2 lobes inférieurs; microscopiquement, atélectasie et obstruction des bronches par du mucus.

D'autre part, l'analyse des cas rapportés d'atélectasie post-opératoire révèle chez eux un pourcentage de manifestations allergiques beaucoup plus grande qu'habituellement. Aussi C. croit-il qu'un facteur allergique intervient dans l'atélectasie post-opératoire. Le début foudroyant des accidents qu'on observe chez les asthmatiques et souvent aussi chez les opérés fait penser à une manifestation allergique, l'agent provocateur étant la sécrétion bronchique retenue dans le poumon collabé et absorbée avec l'air par le sang.

Pour C. il est probable que de petites zones d'atélectasie se rencontrent assez fréquemment chez les asthmatiques et expliquent certains accès d'asthme sévères.

P.-L. Marie.

J. Harkavy. ***Substance déterminant du spasme dans l'expectoration des asthmatiques*** (*Archives of internal Medicine*, tome XLV, n° 4, Avril 1930). — Zeydner et Storm van Leeuwen ont isolé du sang des sujets atteints d'asthme, d'urticaire et de migraine une substance toxique, soluble dans l'alcool, ayant une action stimulante sur les muscles lisses de l'intestin. Mais Clark et Gross ont rencontré une substance assez voisine et difficile à séparer de la précédente dans le sérum d'individus normaux. Aussi H. s'est-il adressé à l'expectoration des asthmatiques.

Il a pu ainsi y mettre en évidence une substance soluble dans l'alcool, capable de stimuler la contraction des muscles lisses de l'intestin du lapin et mieux encore du chat. Elle fait défaut dans les crachats des malades atteints d'asthme non allergique et des sujets qui ne sont pas asthmatiques. Les crachats rouillés des pneumoniques et des bronchopneumoniques donnent une réaction positive, mais qui est attribuable à la présence de sang, étant donné que l'expectoration des patients atteints de pneumonie en voie de résolution et ne contenant plus de sang ne donne pas de réaction. La nature exacte de la substance spasmogène demeure mystérieuse. P.-L. Marie.

THE AMERICAN JOURNAL of the MEDICAL SCIENCES (*New-York*)

E. Meulengracht et S. Holm (Copenhague). ***L'éosinophilie dans la méthode de Whipple*** (*The American Journal of the medical Sciences*, tome CLXXIX, n° 2, Février 1930). — On sait depuis Minot et Murphy qu'à la suite de l'hépatothérapie dans l'anémie pernicieuse, on observe une éosinophilie marquée et persistante, mais les modalités de cette éosinophilie ont été peu étudiées jusqu'ici. M. et H. les précisent dans ce travail basé sur 37 cas d'anémie pernicieuse traités par le foie. Ils considèrent comme éosinophilie tout pourcentage supérieur à 6 pour 100.

L'éosinophilie dépend essentiellement de la forme sous laquelle le foie est administré. Avec le foie cru de veau donné à fortes doses, 200 à 300 gr. par jour, elle se montre presque constante, débutant de façon assez soudaine au bout de 4 semaines de traitement, et atteignant un taux élevé, 20, 40 et même 74 pour 100 Elle semble persister tant que le traitement est continué. Avec le foie de veau congelé, ou les extraits de foie, l'éosinophilie fit d'ordinaire défaut; lorsqu'elle se produisit, ce fut sous une forme ébauchée et transitoire.

Des témoins atteints d'autres affections variées répondirent au traitement de la même manière que les sujets présentant de l'anémie pernicieuse, réagissant constamment à l'ingestion de foie cru par de l'éosinophilie, éosinophilie qui était absente avec le foie congelé et les extraits hépatiques.

Cette éosinophilie doit être considérée comme un effet accessoire dans le traitement de l'anémie pernicieuse par le foie cru, effet n'ayant rien à faire avec l'action curative directe de l'hépatothérapie. L'éosinophilie semble pouvoir être, en tout cas, regardée comme un symptôme dénué de signification clinique fâcheuse. P.-L. Marie.

M. Einhorn. ***Fréquence saisonnière de l'ulcère gastro-duodénal et facteurs influençant la production d'un millier de récidives chez 800 malades*** (*The American Journal of the medical Sciences*, tome CLXXIX, n° 2, Février 1930). — E., dont on sait la vaste expérience, a été frappé de voir les récidives de l'ulcère gastrique, survenir de préférence à certaines époques de l'année, le printemps et l'automne. La majorité des récidives se montrent en Mai et en Septembre, un nombre modéré en Mars et en Octobre; le minimum a lieu en Juin, Juillet et Août. Il se produit une augmentation des récidives qui débute avec la dernière semaine de Février, et comprend aussi la première semaine de Mars, tandis qu'on note une diminution pendant la dernière semaine de Mai jusqu'à la seconde semaine de Juin; puis une ascension graduelle commence durant la 3e semaine d'Août, s'étendant jusqu'à la seconde semaine de Septembre, moment auquel le chiffre maximum est atteint.

Quels sont les facteurs qui interviennent dans la production des récidives? Le refroidissement, accompagné de rhume, semble être un des plus importants; on le trouve dans plus de la moitié des cas; la grippe se rencontre un peu moins souvent. Les fautes de régime sont une cause relativement assez rare. Les facteurs psychiques (angoisses, émotions, soucis, pertes d'argent) interviennent nettement chez un certain nombre de malades. Quant aux compressions externes, ceintures en particulier, elles n'ont qu'un rôle assez effacé. Chez 25 pour 100 des malades, E. ne peut mettre en évidence de causes définies expliquant la récidive.

Il semble exister certaines périodes critiques pour chaque ulcéreux. Aussi est-il important de les rechercher avec précision de façon à prévenir les récidives. On devra instituer un traitement préventif avant l'époque critique. P.-L. Marie.

D. F. Barr et H. A. Bulger. ***Le syndrome clinique de l'hyperparathyroïdie*** (*The American Journal of the medical Sciences*, tome CLXXIX, n° 4, Avril 1930). — B. et B. commencent par rappeler le syndrome de l'hyperparathyroïdie expérimentale consécutive à l'injection de parathormone en excès : hypercalcémie caractéristique, augmentation de l'excrétion urinaire du calcium et du phosphore, calcifications dans les poumons, les reins, l'estomac, etc., hypotonicité musculaire et diminution des réactions électriques des muscles.

Puis B. et B. rassemblent 74 cas d'hyperplasie ou de tumeurs des parathyroïdes, la distinction entre les 2 affections étant souvent imprécise, et dégagent les signes cliniques, qu'on rencontre habituellement en pareil cas. Ce qui frappe d'abord, c'est l'association de l'hyperplasie des parathyroïdes avec des affections osseuses, rachitisme (2 cas), ostéomalacie (9 cas), myélome multiple, métastases cancéreuses des os, mais surtout ostéite fibreuse kystique généralisée de Recklinghausen (32 cas).

B. et B. rapportent ici 2 nouveaux cas de cette association de la maladie kystique de Recklinghausen à l'hyperplasie parathyroïdienne, observations très documentées et très voisines de celles qui ont été récemment publiées par divers auteurs, si bien qu'on peut actuellement tracer le tableau clinique de l'hyperthyroïdie qui se superpose à celui de l'hyperthyroïdie expérimentale.

Leur 1re malade, une femme de 56 ans, était entrée à l'hôpital pour des troubles progressifs de la marche, de la pollakiurie et une tuméfaction de l'index. Elle avait eu récemment une fracture spontanée de la clavicule. Outre une cyphose marquée, l'examen montrait une hypotonie musculaire extrême, surtout aux membres inférieurs, si accusée que la malade pouvait mettre ses talons derrière sa nuque, et accompagnée d'une diminution de l'excitabilité musculaire faradique. La radiographie montrait des aires de décalcification au niveau du crâne et du bassin et des calculs au niveau des 2 reins, accompagnés de symptômes de pyélite. La tumeur de l'index montrait une structure analogue à celle d'un sarcome à myéloplaxes. Quelques mois plus tard, la malade rentrait à l'hôpital pour une nouvelle fracture, cette fois de l'humérus; elle présentait de plus une tumeur d'aspect kystique du maxillaire inférieur. La décalcification avait fait de grands progrès ainsi que les déformations. On trouva alors une hypercalcémie considérable (16 milligr.), de l'hypophosphatémie (1 milligr. 4), une grosse augmentation de l'excrétion urinaire de la chaux. Ces constatations firent penser à une hyperparathyroïdie possible.

Effectivement on découvrit une tumeur du volume d'une noisette dans le lobe gauche de la thyroïde. On l'enleva; elle était constituée par du tissu parathyroïdien d'aspect normal Deux jours après se produisit un état de tétanie aiguë très dramatique et d'explication difficile, la calcémie tombant à 4 milligr., que de grosses doses de calcium par voie buccale et de parathormone ne modifièrent guère; mais l'injection intraveineuse de chlorure de calcium eut un effet héroïque. Cependant la malade se mit à fixer du calcium, présentant un bilan urinaire positif et recalcifiant ses os, tandis que les réactions électriques augmentaient. Elle put recommencer à marcher, passagèrement, car elle eut une paraplégie. Les troubles urinaires ne furent pas modifiés.

Chez le 2e malade, âgé de 38 ans et atteint depuis peu, l'ostéite fibreuse se manifesta par des tumeurs multiples à cellules géantes des maxillaires supérieurs et inférieurs avec ébranlement des dents, prises d'abord pour des tumeurs malignes, sans décalcification appréciable des autres os. L'hyperparathyroïdie se traduisait par de l'hypercalcémie (16 milligr.), une élimination urinaire exagérée de Ca, des troubles électriques légers des réactions musculaires, et une tumeur parathyroïdienne. L'opération fut suivie du retour de la calcémie à la normale et de légers symptômes de tétanie, une petite portion de la parathyroïde enlevée ayant été greffée par prudence dans le muscle droit abdominal.

De ces 2 cas d'ostéite fibreuse, B. et B. rapprochent une observation de myélome multiple du type à cellules plasmatiques chez une femme de 46 ans, où il existait de l'hypercalcémie, de l'hyperphosphatémie et une excrétion de Ca urinaire anormale. L'autopsie montra de l'hypertrophie des parathyroïdes et des calcifications métastatiques semblables à celles de la maladie de Recklinghausen, dans les poumons, les reins et la muqueuse gastrique. En outre, il y avait des lésions accusées de néphrite.

Par contre, dans 2 cas d'ostéite fibreuse kystique assez localisée remontant à l'enfance qu'ils ont observés, B. et B. n'ont pas trouvé de signes d'hyperparathyroïdie, ni de perturbations du métabolisme du Ca.

En somme, les symptômes cliniques de l'hyperparathyroïdie sont identiques à ceux que produit l'injection de parathormone en excès : diminution du calcium osseux, augmentation de la calcémie, augmentation de l'excrétion calcaire, hypotonie et hypoexcitabilité électrique des muscles, souvent présence de calculs rénaux et hypophosphatémie. Le signe le plus caractéristique est l'hypercalcémie; bien qu'il puisse exister dans quelques autres conditions sa présence indique d'ordinaire un hyperfonctionnement des parathyroïdes.

Quant aux rapports entre l'hyperparathyroïdie et les maladies osseuses, ils sont encore délicats à interpréter, les modifications des parathyroïdes semblant être secondaires aux altérations osseuses, dans le rachitisme, le myélome, le cancer secondaire des os, l'hyperfonctionnement parathyroïdien pouvant dans certains cas jouer un rôle utile, tandis qu'il devient nuisible dans d'autres cas en augmentant la décalcification osseuse. Pour l'hyperparathyroïdie, si fréquente dans l'ostéite fibreuse kystique généralisée, il est possible qu'elle puisse être primitive, mais elle est indiscutablement nocive. En pareil cas l'ablation du tissu parathyroïdien est souvent suivie d'amélioration clinique et même d'un arrêt apparent de la maladie osseuse.

Dans tous les cas d'affections osseuses généralisées, le dosage du calcium et des phosphates du sérum s'impose; outre son intérêt scientifique, il peut donner des indications diagnostiques et thérapeutiques. P.-L. Marie.

CURE DE DÉSINTOXICATION INTESTINALE
HÉPATIQUE ET RÉNALE

LE CARBOLACTYL

Ses Trois Formes :

Poudre de Carbolactyl

(Ferments Lactiques et Pancréatiques, Agar Agar, Charbon végétal)

ENFANTS : 2 à 6 mesures par jour.

Carbolactyl Simple

(Même composition)

ADULTES : 2 à 4 cachets par jour.

Carbolactyl Bilié

(Même composition avec addition de sels biliaires purifiés)

ADULTES : 2 à 4 cachets par jour.

Pas de comprimés : le comprimé est le résultat d'une opération mécanique violente, destructrice des ferments, matière vivante et organisée.

19, rue de Fleurus, PARIS (6e). — Échantillons sur demande



est lourde

AUX EPAULES AFFAIBLIES PAR UNE LONGUE CONVALESCENCE, OU SUPPORTANT LES EFFETS D'UN EPUISEMENT NERVEUX

LE

SEROSTHENYL BOUTY

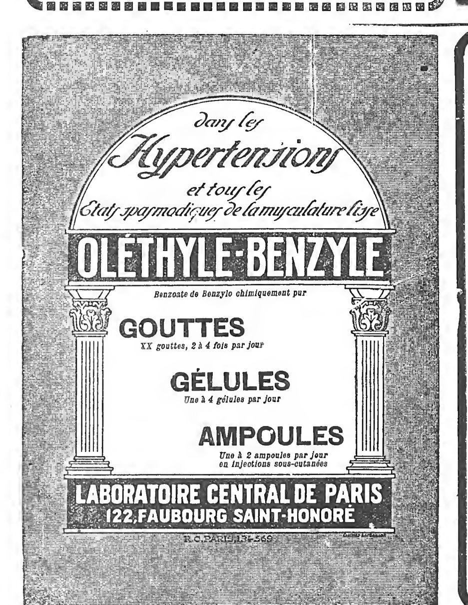
METHYLARSINATE DE STRYCHNINE
GLYCEROPHOSPHATÉ

STIMULE LES FONCTIONS ORGANIQUES LANGUISSANTES COMBAT LA NEURASTHENIE — L'ASTHENIE DIABETIQUE — LA PROSTRATION LA FAIBLESSE NEURO-ARTHRITIQUE — ETC

SE PREPARE EN AMPOULES ET EN GOUTTES

RP

LABORATOIRES BOUTY 3 Rue de Dunkerque PARIS



TRAITEMENT PHYTOTHÉRAPIQUE DES ÉTATS NÉVROPATHIQUES

Insomnies nerveuses, anxiété, angoisses, vertiges, troubles nerveux de la vie génitale, troubles fonctionnels du cœur, seront toujours soulagés par la

Passiflorine

médicament régulateur du sympathique et sédatif central uniquement composé d'extraits végétaux **atoxiques** : **Passiflora incarnata, Salix alba, Cratægus oxyacantha.**

Littérature et Échantillons sur demande : **Laboratoires G. RÉAUBOURG,** Dr en pharmacie, 1, r. Raynouard, Paris-16e

REVUE DES JOURNAUX

L'ODONTOLOGIE
(*Paris*)

R. Bernard et Hulin. *Traitement chirurgical du cancer du plancher de la bouche propagé au maxillaire inférieur par la résection partielle du maxillaire* (*Odontologie*, 50e année, tome LXVIII, Juillet 1930). — B. et H. indiquent les variations successives subies par le traitement des cancers de la bouche propagés au maxillaire.

Ces cancers ont d'abord été traités par la radiumthérapie pure; puis par la curietbérapie après résection du maxillaire, afin de parer aux accidents toujours graves et quelquefois mortels de l'ostéo-radio-nécrose inévitable; enfin par la radlumthérapie suivie de la résection de la partie nécrosée du maxillaire, afin d'éviter la dissémination inflammatoire et surtout cancéreuse que provoque l'acte chirurgical et la déformation de la région lorsqu'elle n'est plus tendue par l'arc maxlllaire.

Mais si ce traitement parait devoir être réservé aux cas graves ayant envahi tout le plancher de la bouche, B. et H. préconisent l'acte chirurgical lorsque la langue conserve un peu de mobilité, c'est-à-dire lorsqu'il y a intégrité des mylo-hyoïdiens. L'opération est, alors, strictement buccale, respectant une languette osseuse inférieure et la sangle musculaire. Elle donne d'excellents résultats esthétiques et fonctionnels. C. Ruppe.

MEDIZINISCHE KLINIK
(*Berlin*)

M. Levai. *Étude clinique sur l'action dépressive de l'insuline sur le système génital* (*Medizinische Klinik*, tome XXVI, n° 9, 28 Février 1930). — L. rapporte 3 observations, dont l'une concerne un homme, et deux, des femmes.

La première est celle d'un employé israélite de 37 ans, qui souffrait de dyspepsie hyperchlorhydrique, compliquée d'anorexie et d'amaigrissement, à la suite d'un ancien ulcère gastrique opéré. Une cure d'insuline, de 10 à 15 unités par jour, en injection sous-cutanée, continuée pendant 3 semaines, avait exercé l'influence la plus heureuse, tant sur les douleurs gastriques que sur l'appétit et sur le poids, qui gagna 12 kilogr. en 6 mois. Cependant, quelques semaines après la fin de la cure, le malade devint totalement impuissant, et il le resta pendant un an, malgré des traitements opotbérapiques et psychanalytiques répétés. Les facultés génésiques reparurent subitement, à la suite d'une grande émotion, le père du malade étant mort subitement.

Les 2 autres observations concernent des femmes, âgées de 30 et de 33 ans respectivement, jusqu'alors bien réglées, et dont les règles disparurent, chez l'une 1 mois, chez l'autre 2 mois, à la suite de cures d'insuline analogues.

L. rapproche ces observations de certains faits expérimentaux, qui semblent témoigner également d'une action inhibitrice de l'insuline sur le système génital : troubles de l'ovulation chez les pigeons (Riddle), stérilité chez les lapins (Vogt, Levai).

Il estime, dans ces conditions, que la cure d'insuline ne peut être considérée comme absolument inoffensive, et qu'elle ne saurait être conseillée pour un traitement purement esthétique.

J. Mouzon.

W. Ruhmann (de Berlin). *Pylorotonie. Etude sur la nature du prétendu « pylorospasme » de l'adulte* (*Medizinische Klinik*, tome XXVI, n° 10, 7 Mars 1930). — R. combat la notion classique d'un pylorospasme, qui constituerait un processus actif de défense de l'estomac à l'égard d'une irritation de la muqueuse, d'un ulcère par exemple. La fermeture permanente fonctionnelle du pylore avec stase gastrique, représente au contraire le repos de la musculature gastrique. C'est quand elle travaille que celle-ci détermine l'ouverture du pylore et l'évacuation de l'estomac.

Tout d'abord, l'observation radiologique de nombreux malades atteints d'ulcères gastriques montre que la fermeture permanente du pylore, quand elle n'est pas due à une sténose organique, s'associe à l'atonie gastrique et à la diminution du péristaltisme. Elle ne coïncide avec aucune douleur gastrique : les « crampes d'estomac » correspondent, sous l'écran radioscopique, à des ondes péristaltiques puissantes, à progression lente, du corps de l'estomac : les ondes de pression de R., les « crampes hyperkinétiques » de Pal. De même, elle n'est pas toujours associée à l'hypersécrétion gastrique, — loin de là, — mais elle s'accompagne souvent d'hyposécrétion.

D'autre part, les épreuves pharmacodynamiques semblent montrer que ce « syndrome gastrique pylorotono-astolique » est un syndrome d'excitation sympathique et d'inhibition vagale. L'atropine en ingestion, à l'inverse de ce que l'on croit souvent, favorise son apparition. L'injection intramusculaire d'adrénaline, à la dose de 1 milligr., le déterminait sur 15 cas d'estomacs normaux, malgré une courte phase immédiate de péristaltisme désordonné (péristaltisme d'excitation sympathique), et la stase peut se prolonger plus de 8 heures. Enfin, sur 15 estomacs normaux également, l'injection intramusculaire d'acétate de choline (1 cmc d'une solution à 10 pour 100) détermine, en 12 à 16 minutes, le syndrome inverse : péristaltisme énergique, ouvertures fréquentes du pylore, bouchées pyloriques abondantes, évacuation accélérée de l'estomac. Il en est de même chez 4 malades, sur 5, qui étaient atteints d'ulcus gastriques, avec « pylorospasme » apparent.

Riedcr, Starck ont montré récemment que le prétendu spasme du cardia n'est bien souvent, lui aussi, qu'un état parétique de la musculature, une « cardiotonie ». J. Mouzon.

R. Lœbel et A. Simo. *Le traitement ambulatoire des affections articulaires et des myalgies à évolution chronique, par les médications de choc non spécifiques* (*Medizinische Klinik*, t. XXVI, n° 10, 7 Mars 1930). — L. et S. ont essayé divers procédés de thérapeutique de choc chez 580 malades atteints des formes les plus variées d'arthrites, de myalgies et de névralgies chroniques. Leurs résultats ne sont pas très concluants et ne correspondent pas aux grandes espérances que la méthode avait fait naître depuis quelques années. Les formes sévères, en particulier, n'en retirent presque jamais aucun bénéfice.

L. et S. n'ont utilisé que les méthodes susceptibles de ne pas déclencher de trop fortes réactions, et, par suite, d'être employées en traitement ambulatoire.

Après avoir traité 28 malades par le phlogétan, avec plusieurs succès, ils ont renoncé à ce produit, à cause des réactions trop fortes auxquelles il donne lieu.

Ils ont employé ensuite l' « yatrène-caséine » à dose faible et progressive, en évitant toute réaction générale (méthode de Zimmer). Sur 146 malades traités, ils ont obtenu une seule guérison dans une monoarthrite d'origine indéterminée, et 60 améliorations : 32 polyarthrites primaires chroniques, 1 polyarthrite secondaire chronique, 1 arthrite infectieuse, 18 polyarthrites déformantes, 5 monoarthrites d'origine indéterminée, et 3 névralgies.

L'actoprotine et la phytoprotine, albumine d'origine végétale (8 cas) ont donné des résultats analogues.

L'irtrène, composé d'yatrène, de soufre, de silicium et de phosphate d'ammoniaque, utilisable par la voie buccale, n'a pas donné de succès notable.

Le mirion, produit colloïdal iodé, paraît plus intéressant. Sur 63 patients atteints d'arthrites déformantes des grosses articulations, et traités par le mirion, 43 ont été améliorés, et 2 ont été guéris. Le résultat a été particulièrement brillant pour les arthrites des genoux. Bien entendu, le traitement général est associé à un traitement local par agents physiques (air chaud, bain de boue, diatbermie, etc.).

L. et S. ont également utilisé les cuti-vaccinations, selon la méthode vantée par Paul. Ils ont utilisé, de cette manière, le vaccin Ponndorf (75 cas), le cutivaccin (48 cas), enfin l'apicosan, retiré par Kreyci du venin d'abeille (58 cas). Les bons résultats ont été surtout observés dans les formes légères. Mais quelques formes sévères ont été améliorées cependant, en particulier par l'apicosan. Sur les 8 malades traités par l'apicosan, on compte 1 guérison (névralgie), 8 grandes améliorations (3 polyarthrites primaires chroniques, 5 névralgies), 30 améliorations (8 polyarthrites primaires chroniques, 4 polyarthrites secondaires chroniques, 2 arthrites infectieuses, 2 arthrites déformantes, 14 névralgies).

L'opothérapie ovarienne détermine parfois une certaine amélioration dans les algies subjectives qui accompagnent les accidents de la ménopausc.

La vitamine D peut rendre des services dans les arthropathies séniles (8 cas).

La thérapeutique de choc n'est donc pas susceptible de supplanter les tbérapeutiques spécifiques, non plus que les méthodes de physiothérapie actuellement en usage. J. Mouzon.

E. Simenauer. *Réplétion active et rapide du système vasculaire sanguin. Contribution à l'étude du métabolisme de l'eau chez l'homme* (*Medizinische Klinik*, tome XXVI, n° 11, 14 Mars 1930). — Dans les hémorragies profuses et dans les actions de choc, le danger réside souvent dans la diminution de la masse sanguine totale, qui peut être la cause de l'arrêt du cœur.

Pour y remédier, les transfusions sanguines, la réinfusion du sang épanché (s'il s'agit d'une hémorragie intrapéritonéale), les injections de 500 à 1.000 cmc de solution salines diverses isotoniques constituent des procédés efficaces. Mais S. préconise une méthode qui est plus facile à mettre en œuvre, même d'extrême urgence et dans les campagnes, et dont l'efficacité paraît encore plus rapide. Il s'agit des injections intraveineuses de solutions glucosées hypertoniques : l'injection de 30 cmc de solution glucosée à 40 pour 100 détermine, dans un délai de 3 à 5 minutes, le relèvement du pouls, l'amélioration de l'état général, une sensation de bien-être.

Pour mettre en valeur l'augmentation de la masse sanguine et d'hydrémie ainsi réalisée, S. a procédé à des déterminations très précises du taux de l'hémoglobine avant l'injection et après celle-ci, tant chez l'homme que chez des lapins mis en expérience. L'injection intraveineuse de la solution glucosée hypertonique provoquait, dans les cas expérimentaux comme dans les cas cliniques, une baisse du taux de l'hémoglobine, qui atteignait de 10 à 23,5 p. 100. Chez les lapins, le taux de l'hémoglobine mettait jusqu'à 5 heures à revenir à la normale; chez un malade, le délai a été de 1 heure 25. Cette dilution sanguine est due, pour S., à l'afflux des liquides interstitiels, qui pénètrent par osmose dans le milieu sanguin à la suite de l'injection hypertonique. Des actions nerveuses ou hormonales ren-



HOMOCAFÉINATE DE SODIUM
TÉCARINE
DIURÉTIQUE, DÉCHLORURANT
PRÉSENTATIONS:
1° EN COMPRIMÉS DOSÉS A 0gr,25 POUR L'ADMINISTRATION PAR VOIE BUCCALE
2° EN AMPOULES DE 2cc CONTENANT 0gr,25 DE PRODUIT ACTIF
SOCIÉTÉ PARISIENNE D'EXPANSION CHIMIQUE
SPECIA
MARQUES POULENC FRÈRES ET USINES DU RHÔNE
86, RUE VIEILLE DU TEMPLE - PARIS-3e

forcent peut-être le processus. Le glucose a été choisi sous l'inspiration des idées de Budingen, à cause de l'action trophique que ce sucre exercerait sur le myocarde.

S. relate brièvement 6 observations d'hémorragies graves (traumatiques, ou par rupture de grossesse tubaire), ou d'états de choc (perforation intestinale; opérations abdominales graves), dans lesquels sa méthode a donné de bons résultats. Les dosages d'hémoglobine lui permettent d'évaluer que la dilution sanguine obtenue correspond à l'afflux de 500 à 1.175 cmc de liquide interstitiel.

Il s'agirait, en somme, d'un processus actif de dilution sanguine, réalisé par l'organisme lui-même, alors que l'injection de grandes quantités de solutions isotoniques ne détermine qu'une dilution passive. Ces dernières sont suivies d'un passage de liquide du sang vers les espaces interstitiels, alors que les injections hypertoniques provoquent un courant en sens inverse.

S. se propose d'associer à son procédé une injection d'adrénaline, dans l'espoir de voir la spléno-contraction augmenter encore la masse sanguine. J. Mouzon.

Th. Brugsch. *L'analyse de l'ictère* (*Medizinische Klinik*, tome XXVI, n° 12, 21 Mars 1930). — B. distingue, par leur couleur, 4 variétés d'ictères : l'*ictère rubinique*, d'un brun rougeâtre, qui appartient aux hépatites ; l'*ictère verdinique*, d'un jaune verdâtre ou franchement vert, qui appartient aux obstructions des voies biliaires ; l'*ictère flavinique*, jaune clair, qui est l'ictère hémaphéique des anciens, et qui se voit dans les états hémolytiques; enfin l'*ictère noir*, qui est un ictère ancien et chronique, enrichi de pigments bruns.

L'ictère est vert, lorsque la stagnation de la bile dans les voies biliaires y favorise l'oxydation du pigment par la bile concentrée et acide ; c'est alors la biliverdine en nature, qui passe dans le sang, dans les tissus, dans les urines. La réaction directe, et même indirecte de Hijmans Van den Bergh peut alors disparaître.

Au contraire, dans les atrophies aiguës ou subaiguës du foie, dans les dystrophies du foie accompagnées d'un défaut d'excrétion biliaire, c'est directement dans le sang et dans les tissus que le pigment est retenu : il n'a aucune raison d'y subir ni oxydation, ni réduction; la bilirubine s'y retrouve en nature dans le sang et dans les urines (réaction directe de Hijmans Van den Bergh). Aussi l'ictère est-il rouge dans ces cas-là.

La coloration jaune de l'ictère dans les états hémolytiques, dans l'ictère des nouveau-nés, etc., est due à la faible concentration de la bilirubine et au fond anémique du teint. Dans ces états, la réduction de la bilirubine, qui détermine la formation de l'urobiline et son élimination urinaire, ne se produit que dans l'intestin : c'est un processus qui se passe en dehors du milieu intérieur, de même que l'oxydation en bilirubine dans les obstructions des voies biliaires.

L'origine de la mélanine, qui donne leur aspect aux ictères noirs, reste encore mal déterminée.

B. différencie encore les ictères par un autre caractère, grâce à sa « réaction du fer » : il injecte, dans le derme, quelques gouttes de solution de ferricyanure de potassium : la présence du fer bivalent dans la peau, même à une concentration minime, donne lieu à une coloration bleuâtre. Cette réaction est positive toutes les fois qu'il y a trouble fonctionnel de la cellule hépatique, c'est-à-dire insuffisance hépatique, même légère. Aussi se retrouve-t-elle toujours dans l'ictère rubinique, ainsi que dans l'ictère des nouveau-nés (Nürnberger). Par contre, elle fait défaut dans l'ictère verdinique, sauf aux stades tout à fait terminaux de la maladie, qui s'accompagnent d'insuffisance hépatique. Cette réaction est due à l'imperfection du processus hépatique de décomposition de l'hémoglobine. J. Mouzon.

E. G. K. Wolff. *Nouvelles données sur le traitement de l'anémie pernicieuse* (*Medizinische Klinik*, tome XXVI, n° 21, 23 Mai 1930). — W. rapporte la statistique des cas d'anémie pernicieuse soignés, depuis 1923, à la clinique du professeur Rostoski, à Dresde. Comparée à la statistique d'avant-guerre, cette statistique indique une augmentation de la fréquence des anémies pernicieuses, sur laquelle tous les auteurs d'outre-Rhin, ou à peu près, sont d'accord. Elle indique aussi, depuis le milieu de 1926, une transformation du pronostic. Avant cette date, tous les malades mouraient, après 12 à 16 mois au plus, quels que fussent les traitements employés, et malgré les rémissions parfois obtenues. Après 1926, au contraire, deux nouvelles thérapeutiques sont intervenues : tout d'abord, vers le milieu de 1926, les grandes transfusions sanguines, pratiquées systématiquement et d'une manière répétée, non plus seulement comme *ultima ratio* chez des moribonds ; d'autre part, en Octobre 1927, l'opothérapie hépatique suivant la méthode de Minot et Murphy.

Les transfusions pratiquées atteignent parfois de 400 à 700 cmc ; elles permettent parfois de déclencher l'amélioration chez des malades que l'opothérapie hépatique, employée seule, n'empêchait pas de s'aggraver ; il y a des cas où il faut attendre la 5e ou la 6e transfusion avant de voir l'état hématologique s'amender. Un des malades a dû recevoir 18 transfusions de 500 cmc chacune, en moyenne, et, actuellement, il se trouve dans un état si satisfaisant qu'il a pu interrompre le foie.

L'opothérapie hépatique a transformé le pronostic, et permet de ne plus revenir avec la même fréquence aux transfusions, mais elle ne permet pas encore d'éviter complètement ces dernières et elle n'empêche pas un certain déchet de mortalité par anémie pernicieuse. Sur 47 malades traités, depuis 2 ans 1/2, par la transfusion ou par l'opothérapie hépatique (dont 10 avec les deux traitements associés), 28 sont encore en vie : 3 d'entre eux sont dans un état si satisfaisant que, depuis plusieurs mois, ils peuvent se dispenser de prendre du foie. Par contre, 19 malades sont morts, 3 de maladie intercurrente en pleine rémission, 7 de complications diverses (carcinome, pyélocystite, pneumonie, etc.), et 9 par suite de l'évolution de l'anémie elle-même. La statistique des cas traités par la méthode de Whipple comporte, sur 39 malades, 25 survivants et 14 morts, dont 7 seulement liées à l'anémie elle-même. La mortalité est donc tombée de 100 pour 100 à 40 pour 100, grâce aux nouvelles thérapeutiques.

W. n'utilise presque jamais le foie en nature ; il préfère les extraits de foie, qui sont beaucoup plus facilement acceptés, qui ne sont pas plus coûteux, et qui permettent l'administration de doses beaucoup plus élevées, atteignant 1.000 gr. et plus au besoin. Pour apprécier la dose nécessaire à chaque malade, il faut pratiquer régulièrement la recherche de l'urobiline et de l'urobilinogène dans l'urine : il faut élever la dose jusqu'à disparition de l'urobilinurie. Par la suite, cette dose peut être diminuée lorsque la rémission se dessine. L'extrait employé est préparé selon la technique de Colin, et correspond à 50 gr. de foie frais pour 1 gr. de poudre, si bien qu'une cuillerée à dessert de poudre représente 500 gr. de foie frais. Il est impossible de faire un titrage physiologique de ces extraits, parce que ce titrage ne pourrait se faire que chez l'homme.

Non seulement l'opothérapie hépatique fait revenir à la normale le chiffre des globules rouges et le taux de l'hémoglobine, mais elle fait aussi disparaître les hématies nucléées et la macrocytose. Quelquefois, elle détermine même des hyperglobulies qui atteignent 1.000.000 de globules et 130 pour 100 d'hémoglobine : il vaut mieux, dans ce cas, cesser complètement le traitement.

Les troubles nerveux, l'anachlorhydrie, la splénomégalie, ne sont pas influencés, en général, par le traitement. Mais les lésions de la moelle osseuse la sidérose viscérale disparaissent, comme le montrent les autopsies de 3 malades qui sont morts d'affections intercurrentes en pleine rémission.

Les cas de mort, qui restent au passif de l'opothérapie hépatique, paraissent dus à un traitement trop tardif, trop vite interrompu, ou à des doses insuffisantes. On peut compter que tout anémique, dont le taux d'hémoglobine tombe au-dessous de 30 pour 100, conserve peu de chance de survie. Le taux le plus bas, qui ait encore permis une rémission ultérieure, est de 20 pour 100. Dès que l'hémoglobine s'abaisse au voisinage de 30 pour 100, et si l'opothérapie hépatique ne détermine pas une amélioration très nette dans les 2 ou 3 premières semaines, il faut hospitaliser le malade, pour le soumettre aux grandes transfusions et à la médication hépatique intensive d'assaut (Leberstos). J. Mouzon.

BRUNS' BEITRÄGE zur KLINISCHEN CHIRURGIE (Berlin, Vienne)

Akaiwa. *Au sujet de la mammite gommeuse* (*Bruns'Beiträge zur klinischen Chirurgie*, t. CL, 1er Juillet 1930). — La syphilis peut atteindre la glande mammaire aux divers stades de son infection. C'est par ordre de fréquence le chancre du mamelon, la syphilis tertiaire et enfin la syphilis secondaire qui est très rare. Il n'en existerait que 13 cas dans la littérature mondiale et le cas rapporté par l'auteur est le premier connu au Japon.

La mammite gommeuse peut affecter une forme diffuse ou une forme circonscrite, cette dernière étant la plus fréquente. Dans les deux cas, on peut noter l'existence d'une adénopathie axillaire. Cette lésion est un peu plus fréquente chez la femme que chez l'homme ; elle se manifeste entre 20 et 30 ans, un an environ après le chancre initial.

Dans le cas rapporté par l'auteur, il s'agissait d'une femme âgée de 31 ans chez laquelle la lésion gommeuse du sein apparut 11 ans après le chancre.

La tumeur siégeait sur le quadrant supéro-externe du sein gauche ; elle avait les dimensions d'un œuf de poule, de consistance molle, circonscrite et non douloureuse. Il s'agissait dans ce cas d'une lésion gommeuse typique et le diagnostic fut posé un mois et demi après le début de la lésion. L'examen macroscopique et microscopique confirma le diagnostic de lésion gommeuse d'origine syphilitique, mais l'auteur fait remarquer que le diagnostic avec la gomme tuberculeuse n'est pas toujours aisé. On doit bien entendu toujours s'aider de la réaction de Wassermann et du traitement d'épreuve. Dans la plus grande majorité des cas on obtient la guérison par les moyens médicaux ; dans certains cas cependant la tumeur peut augmenter de volume, adhérer à la peau ou même l'ulcérer. Dans son cas, l'auteur a fait une extirpation totale de la tumeur suivie d'un traitement antisyphilitique et a obtenu une guérison complète. J. Sénèque.

Himmelmann et Lehmann. *Clinique et traitement du cancer du sein* (*Bruns'Beiträge zur klinischen Chirurgie*, t. CL, Juillet 1930). — Les auteurs publient les résultats des opérations pour cancer du sein observés à la clinique de Bonn entre 1908 et 1928.

271 malades ont été opérés, parmi lesquels 234 n'avaient subi antérieurement aucune intervention sur le sein, tandis que 37 malades ont été opérés pour récidive ou métastase.

Comme toujours, on ne retrouve dans l'étiologie de ces malades aucune notion importante pour expliquer le développement du cancer; il est à noter cependant que, dans 11,9 pour 100 des cas, il y avait coexistence d'un goitre.

Si l'on se rapporte à la classification de Jüngling : 9,4 pour 100 des malades étaient au premier stade ; 12,3 pour 100 au second stade ; 51,3 pour 100 au troisième stade ; 27 pour 100 au quatrième stade ; la mortalité opératoire a été de 2,7 pour 100.

Si l'on passe maintenant à l'étude des résultats éloignés en prenant comme durée 3 et 5 ans, on trouve comme pourcentage de guérison : 35,1 pour 100 et pour la deuxième période 26,7 pour 100. Quand les malades ont été traités par la chirurgie seulement, les pourcentages sont les suivants : 42,5 pour 100 et 34,6 pour 100, alors que dans les cas où le traitement radiothérapique a suivi l'intervention chirurgicale on obtient comme chiffres 32,4 pour 100 et 16,7 pour 100.

Les résultats opératoires des cancers du sein au cours de la grossesse ont été extrêmement décevants.

Les résultats opératoires des récidives et métastases ont donné comme survie :

3 ans dans 13,4 pour 100 ; 5 ans dans 5,4 pour 100 des cas seulement.

Comme dans toutes les autres statistiques, on constate l'importance du siège de la lésion initiale et les cancers de la moitié interne du sein donnent des résultats inférieurs à ceux de la moitié externe : au bout de 3 ans on obtient 33,3 pour 100 de guérisons contre 43,2 pour 100.

Les auteurs terminent cette importante statistique en déclarant que le cancer du sein doit être traité par la chirurgie seulement, à l'exclusion de tout agent physique post-opératoire.

J. Sénèque.

Schwarz. ***Sur un cas d'angiome primitif de la rate de dimensions exceptionnelles*** (*Bruns'Beiträge zur Klinischen Chirurgie*, t. CL, 1er juillet 1930). — Dans le groupe des tumeurs bénignes de la rate, les angiomes constituent une des variétés les plus fréqentes. Cependant, il s'agit le plus souvent de petites tumeurs angiomateuses, que l'on découvre lors de l'autopsie, et qui ne présentent qu'un intérêt chirurgical médiocre. Il n'en est pas de même quand ces angiomes atteignent un volume considérable ; ils provoquent alors des troubles de compression du côté de l'estomac et s'accompagnent de phénomènes douloureux marqués. Ces angiomes volumineux, primitifs, sont rares et il n'en existerait que 4 cas connus : Moltrecht, Benckendorf, Steden, Näher. Le cas rapporté par l'auteur est le suivant :

Il s'agit d'une femme de 35 ans qui depuis 4 mois ressent une pesanteur douloureuse dans le flanc gauche ; cette douleur va en s'accentuant, en même temps que la malade s'aperçoit que son abdomen augmente de volume. Cette tuméfaction ne s'accompagne ni de nausées, ni de vomissements.

A l'examen, on constate l'existence d'une tumeur volumineuse et douloureuse dans le flanc gauche et l'examen cystoscopique n'ayant montré aucune lésion rénale, le diagnostic reste hésitant entre une tumeur splénique et une tumeur rétro-péritonéale. Il n'a pas été fait d'examen de sang de pré-opératoire. On intervient par une incision parallèle au rebord costal gauche, et l'on constate l'existence d'une volumineuse rate avec de grosses veines courant à sa surface. On pratique l'hémostase de celles-ci et celle des pédicules de la rate. Guérison sans incident.

La rate extirpée pesait 3 kilogr. et demi ; les examens macroscopique et microscopique ont montré qu'il s'agissait d'un volumineux angiome avec conservation en certains endroits du tissu splénique normal.

L'extirpation de ces sortes de tumeurs n'est pas sans présenter de sérieux dangers : il faut craindre les accidents hémorragiques par rupture des veines dilatées qui se trouvent à la surface de la rate, ou la rupture de la rate elle-même ; la malade opérée par Moltrecht est morte par suite de la simple déperdition de sang consécutive à l'extirpation de la tumeur ; celle de Näher est décédée avec des accidents occlusifs. Malgré ces dangers, l'extirpation est néanmoins indiquée, quand le volume de l'angiome provoque des accidents de compression, d'autant plus qu'il faut toujours redouter la rupture spontanée de ces rates angiomateuses.

J. Sénèque.

WIENER KLINISCHE WOCHENSCHRIFT

Lubieniecki. ***Des prédispositions individuelles dans la production de l'oxyuriase*** (*Wiener klinische Wochenschrift*, tome XLII, n° 48, 28 Novembre 1929). — L. a été frappé du fait que, dans les familles dont plusienrs membres ont des oxyures, certains individus restent indemnes sans qu'on puisse expliquer cette immunité autrement que par une inaptitude individuelle à héberger le parasite.

De même, dans des conditions d'existence, de régime et d'hygiène absolument semblables, le parasite persiste et pullule chez les uns, et disparaît chez d'autres sujets avec facilité.

Il semble qu'il y ait, chez les premiers, une sorte de rythme des poussées vermineuses, à prédominance verno-estivale, alors que chez les seconds les oyxures, après s'être maintenus difficilement, disparaissent spontanément à partir d'un certain âge.

Quelles sont les raisons de cette inégalité ? Faut-il invoquer, comme le prétend Leuckart, la réinfection constante *per os* par absorption des œufs de parasites contenus dans la sertissure des ongles ? L. pense au contraire que les vers peuvent se multiplier dans l'intestin sans qu'il y ait absorption des œufs par la voie digestive.

Mais il faut également invoquer les différences d'alimentation, l'acidité ou l'alcalinité du contenu du gros intestin, sa flore microbienne, et surtout son péristaltisme plus ou moins accentué, la stase cæcale étant bien entendu favorable à l'éclosion et à la pullulation des parasites. G. Basch.

Wagner Jauregg. ***Goitre endémique et myxœdème*** (*Wiener klinische Wochenschrift*, t. XLIII, n° 1, 2 Janvier 1930). — J. rappelle les caractères principaux du goitre endémique tel qu'on l'observe dans les hautes vallées alpestres, accompagné ou non de crétinisme. Il insiste en outre sur la fréquence de l'Iod-Basedow, dû selon lui à l'absorption de doses excessives de sel iodé.

Il oppose à ce goitre des montagnes le goitre endémique des plaines dont de nombreux cas ont été relatés à Dantzig, en Norvège et en Hollande, et qui se différencie du premier par les caractères suivants : prédominance de la substance colloïde, absence du goitre chez le nouveau-né, fréquence des symptômes d'hyperthyroïdie, rareté du crétinisme associé, grande sensibilité à l'iode.

Cette endémie est d'apparition récente, ayant constitué une véritable agression goitreuse dans des endroits où cette affection était jusque-là inconnue.

L'étiologie du goitre reste encore mystérieuse, et si l'on est fondé à invoquer un trouble du métabolisme de l'iode, on n'a pu toutefois en préciser le sens.

Il reste acquis néanmoins que l'absorption quotidienne d'iode à titre prophylactique amène la disparition de l'endémie goitreuse. Les analyses faites à ce sujet des eaux et des aliments quant à leur teneur en iode, dans les pays à goitre et dans les régions indemnes, ont donné des résultats contradictoires, et la théorie du goitre par carence iodée n'est pas soutenable.

Une théorie parasitaire a semblé plus vraisemblable à Crotti, Folley qui ont invoqué le transport par l'eau de boisson d'un parasite du type spirillaire. Néanmoins, il est impossible de rendre goitreux, dans un pays indemne, des rats alimentés avec des produits prélevés dans une région à goitre ; les déjections des goitreux n'ont pu d'autre part infecter l'animal.

Pfaundler a supposé l'existence de radiations spéciales dont il n'a pu préciser la nature.

G. Basch.

Falta. ***Obésité et sécrétion interne du pancréas*** (*Wiener klinische Wochenschrift*, tome XLIII, n° 10, 6 Mars 1930). — De nombreux travaux ont montré qu'à côté de son pouvoir antidiabétique, l'insuline constituait un puissant médicament d'engraissement. Cette dernière fonction se fait suivant deux mécanismes : l'augmentation de la capacité d'absorption, et l'augmentation du pouvoir d'assimilation.

Mais en outre, on note, chez les malades soumis à la cure d'engraissement insulinique, même après cessation de celle-ci, une augmentation de poids continue, due sans doute à une activation de la sécrétion insulinique du pancréas.

Ce traitement est d'ailleurs applicable avant tout à la forme asthénique de la maigreur, la forme éréthique présentant au cours de la cure des accidents d'hypoglycémie.

Il est difficile de se faire une idée des rapports qui unissent la sécrétion de l'insuline et l'obésité, étant donné la diversité d'aspect de celle-ci. Rien n'est variable en effet comme le mode suivant lequel se constitue une obésité : certains obèses sont gros mangeurs, d'autres au contraire se contentent d'une faible ration d'entretien ; et l'on ne peut inférer de l'action de l'insuline sur l'engraissement que l'obésité soit due à une exagération de la sécrétion d'insuline.

Cependant, on peut citer à l'appui de cette opinion l'observation d'un malade atteint d'un cancer du pancréas et présentant des accès d'hypoglycémie, et dont le poids passa de 53 à 77 kilogr. L'autopsie montra l'existence d'un cancer langerhansien. Expérimentalement, la ligature du caual pancréatique, qui donne lieu chez le chien à de l'hyperinsulinémie, entraîne une augmentation de poids.

G. Basch.

Jakopp et Streit. ***Essai d'immunisation au cours d'une épidémie de diphtérie à l'aide de la pommade de Löwenstein*** (*Wiener klinische Wochenschrift*, tome XLIII, n° 10, 6 Mars 1930). — J. et S. ont utilisé, pour la prophylaxie antidiphtérique dans les écoles et les agglomérations, la pommade prophylactique de Löwenstein, se trouvant, du fait des circonstances, dans l'impossibilité de pratiquer à tous les sujets la réaction de Schick ou une injection immunisante de sérum.

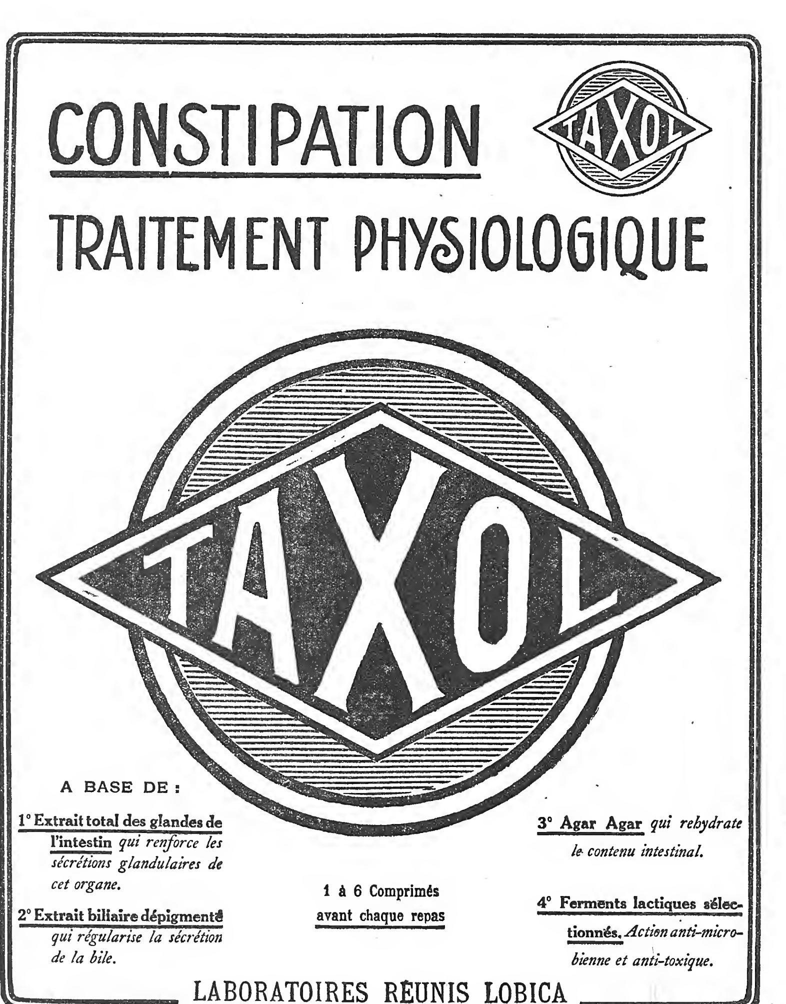
Ils ont pratiqué trois onctions successives à 15 jours de distance et il leur a semblé que ce mode d'immunisation a eu les meilleurs résultats.

G. Basch.

Hirschhorn, Pollak et Selinger. ***Lactosurie d'origine hépatique et lactosurie neuro-endocrine après épreuve de l'ergotamine-atropine*** (*Wiener klinische Wochenschrift*, tome XLIII, n° 13, 27 Mars 1930). — De cette étude, qu'illustrent de nombreux tableaux, les auteurs tirent les conclusions suivantes :

Chez les sujets à foie normal, la lactosurie alimentaire est notablement diminuée, ou même totalement supprimée, par l'injection d'ergotamine-atropine ; de même, se trouve diminuée l'hyperglycémie observée après prise de lactose. L'ergotamine-atropine agit ainsi sur un mécanisme de régulation neuro-endocrine dont la fonction est de régler le pouvoir d'assimilation du foie vis-à-vis du sucre. Dans les états de déséquilibre endocrine, comme la maladie de Basedow, ces toxiques exercent la même action empêchante.

Au contraire, chez les malades atteints d'affections diffuses du parenchyme hépatique, ce mécanisme inhibiteur agit de façon moins nette et par-


CONSTIPATION
TAXOL
TRAITEMENT PHYSIOLOGIQUE
TAXOL
A BASE DE :
1° Extrait total des glandes de l'intestin qui renforce les sécrétions glandulaires de cet organe.
2° Extrait biliaire dépigmenté qui régularise la sécrétion de la bile.
1 à 6 Comprimés avant chaque repas
3° Agar Agar qui rehydrate le contenu intestinal.
4° Ferments lactiques sélectionnés. Action anti-microbienne et anti-toxique.
LABORATOIRES RÉUNIS LOBICA

fois fait totalement défaut, ce qui confirme l'opinion suivant laquelle la diminution de la tolérance au sucre au cours des maladies de foie tient avant tout à l'insuffisance de la cellule hépatique.

Entre ces deux groupes, il y a place pour des cas de passage.

L'épreuve de l'ergotamine-atropine permet donc une discrimination entre les troubles du mécanisme régulateur de l'excrétion du sucre, d'origine nerveuse, et ceux qui sont dus à une lésion de la cellule hépatique. G. Basch.

Komocki. *Du taux normal des plaquettes sanguines* (*Wiener klinische Wochenschrift*, t. XLIII, 27 Mars 1930, n° 13). — K. rappelle ses recherches de 1924, au cours desquelles il a démontré que le chiffre des érythrocytes était de 5,5 à 6,6 millions chez l'homme sain, et chez la femme de 5 à 6 millions par cmc. Cette opinion fut vivement combattue par la majorité des auteurs.

De la longue énumération des différents pourcentages établis depuis cette époque jusqu'en 1930, il ressort que le chiffre moyen est de 4,2 à 6,4 millions.

On sait d'autre part combien des variations importantes de plus d'un million sont fréquentes, d'où l'intérêt de nombreuses numérations qui seules permettent d'établir des moyennes. G. Basch.

Hajos. *Maladies allergiques et sécrétions internes* (*Wiener klinische Wochenschrift*, t. XLIII, n° 14, 3 Avril 1930). — H. emploie le terme d'allergie dans un sens plus étendu que d'après la conception de Pirquet : il groupe en effet sous ce nom toutes les affections dites de « sensibilisation », eczéma, urticaire, maladie de Quincke, asthme et rhume des foins, entéro-colite muco-membraneuse, spasme pylorique. Il y rattache encore certains états d'hypotension avec tendance au collapsus, et des modifications de la formule blanche, spécialement la leucopénie critique, stigmate du choc hémoclasique de Widal.

Les rapports entre cet état de déséquilibre humoral et les affections des glandes à sécrétion interne, connus depuis longtemps, sont vérifiés par l'auteur au moyen des expériences suivantes :

Une injection intra-veineuse de 0,01 milligr. d'adrénaline protège du choc anaphylactique un cobaye sensibilisé à l'aide du sérum de cheval; cette protection dure 15 minutes. Si l'injection protectrice a lieu en même temps que celle de sérum, le choc a lieu néanmoins.

D'autre part, il semble que l'insuffisance thyroïdienne protège jusqu'à un certain point contre les les accidents anaphylactiques : H. a obtenu des phénomènes de choc avec une dose plus faible de sérum chez des animaux préalablement préparés par l'extrait thyroïdien. L'hormone parathyroïdienne au contraire exerce une action empêchante vis-à-vis de ces accidents.

Les mêmes effets ont été notés avec les extraits post-hypophysaires.

Par contre les hormones génitales n'exercent aucune action, pas plus que le lobe antérieur d'hypophyse.

Enfin, l'insuline, le thymus et le corps thyroïde favorisent les phénomènes de choc.

Ces résultats expérimentaux sont d'accord dans l'ensemble avec les données de la clinique. Il est fréquent en effet de retrouver chez cette catégorie de malades un déséquilibre vago-sympathique et des troubles endocriniens. Les rapports de ceux-ci avec l'asthme ont été particulièrement bien étudiés par Widal et Abrami. G. Basch.

Domanig. *Signification clinique des tumeurs bénignes de l'estomac, et leur rôle dans la genèse de l'ulcus* (*Wiener klinische Wochenschrift*, tome XLIII, n° 170, 24 Avril 1930). — Le perfectionnement des moyens d'investigation gastrique a permis de retrouver plus souvent l'existence de tumeurs bénignes dont la fréquence est d'environ un pour 200 tumeurs malignes.

D. relate deux observations, dont la première concerne un homme de 62 ans, souffrant de l'estomac 10 minutes après le repas, et présentant à la radio l'aspect d'un ulcéro-cancer de l'antre pylorique. A l'intervention, on retrouva une tumeur bien limitée, au centre de laquelle se creusait une ulcération typique. L'examen histologique montra qu'il s'agissait d'un myome.

Le deuxième cas est celui d'un homme de 62 ans, présentant des lourdeurs d'estomac depuis 2 ans, et à la radio, une tumeur polypiforme de la grande courbure. A l'intervention, on retrouva 3 petits polypes gastriques.

Le diagnostic de ces tumeurs rarissimes est des plus difficiles, et d'ailleurs bien inutile, étant donné leur extrême rareté.

D. insiste sur l'ulcère qu'il a observé au centre de la tumeur du cas I, qu'il suppose s'être développé sur la muqueuse gastrique, déjà modifiée par la production myomateuse. G. Basch.

Frey et Herrmann. *Fonction vestibulaire et vomissements de la grossesse* (*Wiener klinische Wochenschrift*, t. XLIII, n° 18, 1er Mai 1930). — La pathogénie des vomissements de la grossesse, phénomène assez banal puisqu'on le rencontre dans 50 pour 100 des cas environ, est assez mal connue. Dans les cas mortels, on a trouvé une atrophie jaune aiguë du foie et des lésions dégénératives des reins, attribuées à l'intoxication gravidique, terme qui reste à définir

F. et H. ont exploré systématiquement l'oreille interne de 91 femmes enceintes, les unes dans les premiers mois, les autres dans les derniers mois de la grossesse, et par comparaison, 30 femmes normales. Dans 94 pour 100 des cas, les auteurs ont retrouvé une exagération de l'excitabilité vestibulaire par les épreuves classiques de Barany.

Quel est le mécanisme de cette hyperexcitabilité? Il est logique de supposer un retentissement réflexe du vague. G. Basch.

Marburg. *Indications et résultats de la radiographie dans les maladies du système nerveux* (*Wiener klinische Wochenschrift*, t. XLIII, n° 20, 15 Mai 1930). — Parmi les affections du système nerveux justiciables des rayons X, il faut citer en premier lieu les gliomes dont l'auteur a réuni 150 cas, dont 17 personnels : il est cependant nécessaire, d'après Cushing et Bailey, de faire précéder la radiothérapie par une opération aussi radicale que possible. Les résultats sont favorables, mais le pronostic éloigné reste néanmoins fatal.

La survie peut être plus longue dans le cas de kyste gliomateux, comme le démontre une observation personnelle de l'auteur.

Les autres tumeurs cérébrales sont radiorésistantes et ressortissent à la chirurgie (à l'exception néanmoins des angiomes, des sarcomes et des adéno-carcinomes).

Une mention spéciale doit être faite de l'acromégalie, très favorablement influencée par la radiothérapie, ainsi d'ailleurs que le syndrome adiposo-génital, et que les troubles visuels d'origine hypophysaire.

La même méthode a donné des succès à l'auteur dans les cas de syndrome pseudo-tumoraux dus à l'hydrocéphalie ventriculaire. Un cas d'hydrorrhée du liquide C.R. s'est trouvé totalement guéri.

M. a eu les meilleurs résultats dans le traitement des maux de tête tenaces et violents d'étiologie diverse; par contre, les cas d'épilepsie n'ont été nullement améliorés.

Parmi les affections de la moelle, les tumeurs inopérables ou seulement partiellement opérables, sont justiciables de ce traitement ; il y aura avantage à en repérer le siège à l'aide du lipiodol selon la méthode de Sicard. Les sarcomes et la lymphogranulomatose médullaire ont donné lieu à des succès.

En dehors des néoformations, l'auteur relate les bons résultats obtenus dans la syringomyélie, dans la polyomyélite selon la méthode de Bordier, dans les radiculalgies sciatiques et autres.

Enfin, les « angiotrophoneuroses », terme sous lequel M. désigne la sclérodermie, la maladie de Basedow, la maladie de Raynaud, etc..., sont favorablement, quoique à des degrés divers, améliorés par les rayons X. G. Basch.

Frisch. *La pneumographie encéphalique chez l'enfant* (*Wiener klinische Wochenschrift*, t. XLIII. n° 20, 15 Mai 1930). — De nombreux auteurs, au premier rang desquels se placent, en Allemagne, Bingel, Knopfelmacher, Zappert, ont eu l'idée d'appliquer la méthode de Dandy à des fins thérapeutiques.

F. a employé la méthode dans le traitement des maladies du système nerveux chez l'enfant et n'a observé aucun trouble consécutif.

Il lui paraît que ce traitement s'applique tout spécialement à l'épilepsie infantile et à l'hydrocéphalie.

A l'appui de cette opinion, il relate tout d'abord quatre observations d'épilepsie dont la nature organique ne prête pas à discussion, remarquablement améliorée par les injections d'air intra-rachidiennes; les résultats satisfaisants ne sont obtenus qu'à condition que l'air pénètre dans les ventricules, ce qu'il convient de contrôler radiologiquement.

Le mode opératoire est des plus simples : F. injecte l'air directement à l'aide d'une seringue et d'une aiguille à ponction lombaire ; mais il pratique cette petite intervention sous anesthésie à l'éther, afin d'éviter les incidents de choc et pour obtenir l'immobilité de l'enfant. G. Basch.

LA RIFORMA MEDICA

(Naples)

E. Mariotti. *Epidermolyse bulleuse héréditaire* (*La Riforma medica*, tome XLV, n° 50, 14 Décembre 1929). — Observation d'un homme de 27 ans présentant des manifestations cutanées d'évolution chronique et bénigne de type bulbeux et durant depuis l'enfance.

Les éléments cutanés, non prurigineux, surviennent, soit spontanément, soit à la suite de traumatismes minimes. Ils aboutissent à des ulcérations superficielles qui se réparent en laissant des cicatrices. Ils siègent surtout au tronc et aux régions articulaires. Il existe des lésions trophiques des ongles. Le polymorphisme des manifestations cutanées, leur répartition, l'apparition depuis quelque temps de prurit surtout vespéral et nocturne, la conservation d'un bon état général, malgré la gêne subjective due à la maladie, les poussées successives pouvaient faire penser à une dermatite de Dühring. Pourtant, ce diagnostic devait être écarté : il n'y avait pas de stade éruptif érythémateux ni de pourtour inflammatoire au niveau des bulles ; les cicatrices dans la maladie de Dühring sont rares, superficielles, circonscrites, tandis que là, elles étaient nombreuses, profondes, et pour la plupart chéloïdiennes. Les altérations trophiques des ongles ne se voient pas dans la dermatite polymorphe. Enfin, la formule cytologique et les lésions anatomiques n'avaient pas le type inflammatoire habituel dans la maladie de Duhring. On ne trouvait pas d'éosinophiles.

Le diagnostic se discutait donc entre épidermolyse bulleuse héréditaire simple de Köbner, et épidermolyse à type dystrophique. M. ne retient que cette dernière hypothèse. Le facteur héréditaire existait ici : plusieurs ascendants du malade (dont son père) avaient présenté la même affection. F. Coste.

Lombardi. *Action de la cure de foie sur la courbe glycémique* (*La Riforma medica*, t. XLVI, nº 8, 6 Janvier 1930). — L. a observé que les malades traités par le foie voient baisser le taux de leur glycémie ; cette réduction est manifeste chez les convalescents de maladies variées, chez les sujets atteints d'anémie pernicieuse ou d'anémie grave, et chez les hépatiques (le phénomène est moins net dans ce dernier cas).

Chez les diabétiques, le sucre du sang s'abaisse également dans des proportions notables à la suite de l'ingestion de pulpe hépatique (la réduction atteignait 85 milligr. par litre chez un des malades étudiés) : il semble que l'effet soit d'autant plus marqué que la glycémie initiale était plus forte.

Il semble que la substance contenue dans le foie, et qui agit sur la glycémie, ne fait pas partie des protéines de l'organe.

En comparant, à l'aide d'une épreuve d'hyperglycémie provoquée, l'effet modérateur de l'ingestion de foie et de l'injection d'insuline, L. n'est pas arrivé à établir une équivalence précise. Murphy et Blatner admettent que 100 gr. de pulpe hépatique sont aussi actifs que 10 à 15 unités d'insuline.

F. Coste.

Monasterio et Campese. *L'action des substances photodynamiques sur la glycémie* (*La Riforma medica*, tome XLVI, nº 10, 14 Avril 1930). — Les auteurs étudient l'effet de quelques substances photodynamiques sur le métabolisme des hydrates de carbone, dans lequel les processus d'oxydation jouent un rôle important. Ils ont surtout observé l'action de la trypaflavine injectée par voie veineuse au cobaye. L'hyper et l'hypoglycémie provoquée par les fortes doses de cette substance sont fortement influencées par la lumière. Ces réactions individuelles se montrent très différentes d'un animal à l'autre. Certains tolèrent aisément les fortes doses, d'autres tombent dans le collapsus sous l'effet de doses modérées. M. et C. continuent leurs recherches sur le mécanisme de l'action de la trypaflavine, dans ses rapports avec les îlots pancréatiques, le système neuro-végétatif, le métabolisme basal.

F. Coste.

IL POLICLINICO [Sezione medica] (Rome)

G. Melli. *Recherches sur l'urobilinurie et sur l'hypertension portale* (*Sezione medica*, t. XXXVI, nº 12, 1er Décembre 1929). — Les recherches si nombreuses qui ont été faites sur le métabolisme de l'urobiline peuvent être résumées de la façon suivante. Il est désormais certain qu'urobiline et stercobiline sont un seul et même pigment, la biline. Celle-ci n'existe pas dans l'organisme, sinon sous forme de chromogène, qui, en présence de l'air et de la lumière, s'oxyde en donnant la biline. La biline est excrétée en quantité notable par les fèces (120 à 150 milligr. selon les chiffres de Terven, Greppi, Melli, d'ailleurs discutables). Il en existe des traces dans la bile, et des traces très minimes dans l'urine. L'augmentation de la stercobiline est avant tout en rapport avec une hyperhémolyse. L'augmentation de l'urobiline dans les urines (qui peut ne pas marcher de pair avec l'augmentation de la stercobiline) est par contre d'une explication beaucoup plus difficile.

Il existe plusieurs théories pathogéniques de l'urobilinurie : La *théorie rénale* (Gilbert, Herscher, Loibe) est complètement abandonnée : on n'a pu mettre en évidence aucun pouvoir réducteur du tissu rénal vis-à-vis de la bilirubine, qui permette d'envisager sa transformation en urobiline au niveau de cet organe ; et d'autre part l'urobilinurie s'accompagnant d'urobilinémie, le pigment existe déjà dans le sang. La *théorie hépatique* d'Hayem (transformation directe de l'hémoglobine en urobiline au niveau du foie malade) a également vécu ; la récente tentative de Fischler pour la remettre en honneur n'a pas trouvé de partisans. La *théorie histiogène*, qui fait dériver l'urobiline de la bilirubine circulante, réduite au niveau des tissus, est la plus ancienne en date, puisqu'elle remonte à Virchow.

Abandonnée elle aussi, elle a été reprise par Brulé et ses collaborateurs : Pour ces auteurs l'urobilinurie serait l'équivalent d'un ictère léger : mis en présence d'une cholémie légère, les tissus y répondraient en réduisant en urobiline la faible quantité de bilirubine circulante. Devant une bilirubinémie plus notable, les tissus verraient au contraire leur capacité réductrice inhibée, en d'autres termes le seuil rénal de la bilirubine se trouvant dépassé, celle-ci passerait en nature dans l'urine, ce serait alors l'ictère vrai. Mais cette conception, dépourvue de preuves directes, repose sur une série d'arguments collatéraux, qui tous dérivent de l'hypothèse que les pigments biliaires ont une origine extra-hépatique : or cette hypothèse est loin d'être prouvée. Le fait fondamental qu'invoque cette théorie, à savoir le rapport entre le taux de la bilirubinémie, et l'urobilinurie, ne se vérifie souvent pas (Greppi et De Micheli). La coïncidence de l'urobilinurie et de la cholalurie est, elle aussi, bien loin d'être constante, et d'ailleurs la signification de la cholalurie est trop incertaine encore (on la voit manquer même dans l'ictère véritable) pour servir de critère valable. Au surplus Brulé lui-même ne peut nier la réalité de l'origine intestinale de la biline, et il est obligé d'admettre l'intervention des deux mécanismes.

Aujourd'hui la quasi-totalité des auteurs admet pour seule vraie l'*origine intestinale* de la biline : selon cette conception la bilirubine, déversée par le foie dans le duodénum, se trouve réduite en biline par la flore bactérienne intestinale. Une certaine partie de cette stercobiline, reprise à l'intestin par la circulation porte, passe dans le sang et traversant le rein peut donner de l'urobilinurie. Les arguments fondamentaux sont les suivants : absence d'urobiline dans l'urine, quand les pigments biliaires ne sont plus déversés dans l'intestin (occlusion du cholédoque), ou quand la flore bactérienne de celui-ci est déficiente (nouveau-nés) : elle apparaît quand cette flore évolue (nourrissons, à partir du sevrage). Dans les ictères par rétention, l'urobilinurie reparaît si l'on introduit artificiellement de la bile dans l'intestin (expérience classique de M. Müller qui, chez un sujet atteint d'occlusion totale du cholédoque, constata le retour simultané de l'uro et de la stercobiline en faisant passer dans son tube intestinal de la bile privée de biline.

Dans la théorie intestinale, comment expliquer dans le détail le mécanisme de la minime urobilinurie physiologique ? Faut-il incriminer une fonction d'arrêt du foie sur la stercobiline résorbée par la circulation porte au niveau de l'intestin ? Cette fonction d'arrêt ne serait pas tout à fait suffisante, et laisserait passer dans la grande circulation et de là dans l'urine un peu d'urobiline. Faut-il exclure l'intervention du foie et admettre avec Zoia que la résorption portale de stercobiline est excessivement réduite, et que c'est cette minime quantité, qui, traversant librement le foie, arrive dans la grande circulation puis au rein ? Dans ce cas, l'augmentation de l'urobilinurie dépendrait uniquement de l'augmentation de la stercobiline, donc de l'hémolyse.

M., pensant que, pour diverses raisons cliniques, l'intervention active du foie apparaît très probable, a tenté d'en donner une démonstration en recherchant ce que devient l'urobilinurie en cas d'hypertension portale ? Le développement des anastomoses porto-caves soustrait alors au contrôle hépatique une partie de la stercobiline reprise à l'intestin, et, si le foie arrêtait celle-ci, l'urobilinurie doit s'élever.

Les expériences de M. semblent en effet confirmer cette hypothèse :

1º Une objection absolue à l'idée que l'intensité de l'urobilinurie dépend uniquement de celle de l'hémolyse est la constatation plusieurs fois faite (Adler, Ceconi, Greppi) d'urobilinurie importante sans augmentation de la stercobiline. Dans un cas de thrombose sténosante portale, M. a observé une forte urobilinurie, sans aucune augmentation de l'hémolyse (et aussi sans lésion hépatique), ce qui milite en faveur de son hypothèse pathogénique au sujet de l'urobilinurie ;

2º Pratiquant une fistule porto-cave chez un chien, il obtint une urobilinurie grave et persistante ;

3º Chez 5 autres animaux on obtint un résultat analogue en réalisant une sténose du tronc porte, donc un développement de la circulation collatérale ;

4º Un pneumothorax brutal provoque des effets de même ordre, mais passagers, grâce à la stase sus-hépatique ainsi déterminée. Un pneumothorax progressif est sans action, et d'ailleurs on n'a jamais pu saisir d'urobilinurie chez les tuberculeux soumis à la collapsothérapie ;

5º Chez les animaux auxquels il avait fait une sténose portale, M. note des fluctuations, une sorte d'ataxie urobilinurique, qu'il retrouve en pathologie humaine chez les hépatiques : il s'agit sans doute de variations passagères dans l'importance de la circulation collatérale, sous des influences nerveuses.

6º Aux résultats qui précèdent et qui prouvent selon lui la réalité de la réabsorption de la stercobiline intestinale, et de sa fixation au niveau du foie, M. ajoute les remarques suivantes :

α) Chez les hépatiques on constate une urobilinurie à maximum orthostatique (de même que l'urobilinurie physiologique est plus marquée dans l'orthostatisme), une glycosurie alimentaire facilement provoquée, et enfin (Gilbert et Villaret) de l'oligurie orthostatique. Tous ces phénomènes doivent être rattachés aux variations de l'hypertension portale, accrue dans la station debout. L'orthostatisme intervient sans doute dans le rythme normal d'élimination de la biline.

β) Les aspects du syndrome d'hypertension portale sont commandés par l'aptitude, variable d'un sujet à l'autre, à développer une circulation collatérale. Certains corrigent ainsi assez complètement leur stase portale, d'autres la corrigent très mal et sans doute ce facteur intervient-il pour expliquer la rapidité évolutive plus ou moins grande des cirrhoses.

γ) L'urobilinurie, entre autres significations possibles, doit être considérée comme un symptôme précoce, constant, et très sensible de l'hypertension portale.

δ) Les facteurs hépatique et portal influent donc dans une large mesure sur la quantité de stercobiline résorbée : L'appréciation de la stercobiline excrétée avec les fèces permet-elle néanmoins de juger avec précision du degré de l'hémolyse contemporaine ? A condition de tenir compte de certaines causes d'erreur, comme celle qui vient d'être signalée, on peut admettre qu'il y a un rapport utilisable en pratique entre l'excrétion bilinique et l'hémolyse ; il suffira de ne tenir compte, pour affirmer qu'il existe une anomalie, que des chiffres de stercobiline nettement différents de la normale.

ε) Aucune anomalie notable dans le métabolisme des chlorures, dans les albumines du sérum et la force oncotique, n'a été relevée par M. ni chez ses hépatiques avec hypertension portale, ni chez ses animaux d'expérience.

ζ) Une splénomégalie importante apparaît précocement chez tous les animaux mis en état d'hypertension portale. Ils présentent aussi de la diarrhée, mais ce fut là l'unique symptôme digestif constaté chez eux ; les autres manifestations digestives de l'hypertension portale humaine manquaient.

η) De la symptomatologie urinaire attribuée en pathologie humaine à l'hypertension portale, seule

l'oligurie se retrouvait chez les chiens à sténose portale. Quant à la fistule d'Eck, elle ne produit même pas d'oligurie, ce qui témoigne en faveur de l'origine mécanique et non toxique de ce symptôme. Aucun des animaux n'a présenté d'isurie, d'opsiurie, d'anisurie, d'inversion du rythme de l'élimination des colorants, et M. n'a retrouvé ces troubles chez aucun malade atteint d'hypertension portale.

0) M. a été frappé par l'excellent état général, et la survie indéfinie après la fistule porto-cave, ce qui lui paraît rendre assez douteuse, sinon l'existence du moins l'importance de la fonction antitoxique du foie. F. Coste.

MINERVA MEDICA

(*Turin*)

R. Mereu. ***Etude du réflexe contro-latéral des adducteurs chez le sujet normal et sous l'influence de la strychnine*** (*Minerva medica*, t. XXI, n° 6, 10 Février 1930). — On attribue au réflexe contro-latéral des adducteurs une valeur clinique comme manifestation de l'hypertonie pyramidale. M. lui dénie toute signification : on le trouve dans divers syndromes neuro-pathologiques ; chez les sujets normaux on l'obtient aisément par percussion de nombreuses zones ostéo-périostées ; même lorsqu'il n'existe que d'un côté ou lorsqu'il présente une prédominance unilatérale, aucune conséquence n'en saurait être tirée, car le fait s'observe parfois chez les sujets sains.

C'est par la percussion de l'épine iliaque antéro-supérieure qu'on détermine le mieux ce réflexe attribué par M., non à une diffusion purement périphérique au sens d'Hoffmann, mais à une diffusion par voie centrale comme dans les cas d'actions synergiques des muscles (Lugaro).

La strychnine à des doses allant jusqu'à 9 milligr. n'exagère pas le réflexe; elle ne le met pas en évidence s'il était absent.

Seule l'association d'autres signes constituant un ensemble clinique peut permettre d'attribuer au réflexe contro-latéral des adducteurs, une valeur indicative. F. Coste.

V. Rondelli. ***Glycémie et fatigue sportive*** (*Minerva medica*, tome XXI, n° 7, 17 Février 1930). — Les premières recherches sur les variations de la glycémie au cours des violents efforts physiques sont dues à Cäsar et Schaal : 20 à 30 minutes après une course rapide de 2 km., elle s'élevait, selon eux, notablement (par exemple de 0 54 à 1,25 pour 1.000). Il s'agissait donc, ici, d'hommes soumis à un effort médiocre.

Par contre, Levine et Burgess Gordon, expérimentant sur des coureurs entraînés trouvaient immédiatement après une course de 40 km., une petite diminution (0,81 à 0,65 pour 1.000). Ces sujets, au moment où leur glycémie s'était ainsi abaissée, se trouvaient très fatigués, à la limite de leurs forces. Levine et Gordon en concluent que l'épuisement de fatigue relève en partie de l'hypoglycémie.

Burger, soumettant des sujets normaux à une fatigue modérée (une heure de course ou de gymnastique suédoise) trouve de l'hypoglycémie. Peut-être ce résultat n'est-il qu'en apparence contraire à ceux de Cäsar et Schaal dont les sujets, soumis également à un effort modéré, étaient des *athlètes*.

De ces différents travaux semblerait donc résulter qu'un effort n'excédant pas la capacité normale de l'organisme, est suivi d'hypoglycémie.

Burger et Cäsar, opérant sur de jeunes soldats examinés après une course modérée, trouvent, en général, de l'hyperglycémie qu'ils attribuent (ainsi que tous les autres symptômes observés à la fin de l'effort) à une décharge adrénalinémique.

Soumettant les mêmes sujets à une injection de glucose avant la course, ils voient s'additionner les hyperglycémies dues à ces deux facteurs. Il en est de même de l'hyperglycémie provoquée par une injection d'adrénaline avant la course. Burger et Cäsar tentent de donner une explication pathogénique de ces divers faits. F. Coste.

G. Melli. ***Œdème angioneurotique de Quincke et Trophœdème chronique de Meige*** (*Minerva medica*, tome XXI, n° 18, 5 Mai 1930). — Description d'un cas clinique que divers arguments et recherches permirent d'attribuer à une lésion de type polynévritique et d'étiologie inconnue intéressant simultanément les systèmes nerveux volontaire et végétatif ; outre un syndrome douloureux et une impotence musculaire très nette, on vit s'installer un œdème diffus des membres supérieurs, du cou, de la face, de la mâchoire supérieure, du tronc, du pharynx, du larynx et surtout de l'œsophage : le type de cet œdème aigu l'apparentait à l'œdème de Quincke, mais son évolution se prolongea à la manière d'un trophœdème reposant, certainement, sur un fond d'altérations trophiques dues à la lésion nerveuse.

Ce cas prêtait à diverses considérations intéressantes : il est le premier exemple connu d'une dysphagie très marquée produite par un œdème du type dystrophique. D'autre part, il fournit un argument sérieux à l'hypothèse de l'unicité des syndromes de Meige et Quincke. Enfin, l'existence certaine à l'origine de tous ces troubles d'une lésion nerveuse périphérique, l'apparition d'une ulcération trophique au niveau du prépuce attesteraient, selon M., l'origine neuro-trophique des œdèmes de Quincke et de Meige. F. Coste.

Ugo de Michelis. ***Recherches cliniques sur l'« hémogramme » de Schilling*** (*Minerva medica*, tome XXI, n° 8, 24 Février 1930). — M. rappelle d'abord les critiques théoriques et pratiques qu'on peut adresser à la formule d'Arneth : la fragmentation en masses nucléaires est produite par les mouvements amiboïdes, et non par la maturation des cellules. Pratiquement, la distinction établie par certains entre la vraie et la fausse fragmentation n'est pas d'un contrôle aisé, à supposer même qu'elle soit théoriquement défendable. Schilling a montré l'hétérogénéité du groupe 1 d'Arneth (mélange de formes jeunes et de formes dégénérées, pycnotiques). Dans l'hémogramme de Schilling l'indice de déviation repose sur le rapport aux neutrophiles segmentés de la somme des formes jeunes et des formes altérées. La déviation vers la gauche peut être du type dégénératif ou régénératif selon l'augmentation de l'un ou de l'autre terme du numérateur. Schilling et ses collaborateurs ont ainsi montré, par des « microphotogrammes » de la moelle osseuse, que dans la tuberculose il existait une maturation et une segmentation ralenties des leucocytes. La déviation vers la gauche et la neutropénie de la fièvre typhoïde relèveraient d'un hypofonctionnement médullaire plutôt que d'une destruction excessive de cellules.

Schilling distingue 4 formes de leucocytose neutrophile : 1° *Leucocytose sans déviation nucléaire* (digestion, travail musculaire, phase post-hémorragique, processus infectieux légers et curables, tumeurs malignes sans complication) ;

2° *Leucocytose hyporégénérative avec déviation légère* (augmentation des formes altérées) : cas légers de maladies infectieuses aiguës, maladies à protozoaires, suppurations circonscrites et superficielles, quelques septicémies et endocardites chroniques, quelques tumeurs, lymphogranulomatoses, tuberculoses) ;

3° *Leucocytose avec déviation à type régénératif* (infections sérieuses) ;

4° *Leucocytose avec déviation à type fortement dégénératif* (infections ou affections graves et chroniques).

M. a étudié la valeur de l'hémogramme de Schilling, surtout dans la fièvre de Malte. Il en confirme l'utilité pour le diagnostic et le pronostic. F. Coste.

Melli et Boggian. ***Influence des extraits pancréatiques sur la sécrétion gastrique*** (*Minerva medica*, tome XXI, n° 11, 17 Mars 1930). — La pancréatine donnée *per os* à la dose de 2 à 4 gr., provoque une diminution marquée de la sécrétion gastrique chez les hyperchlorhydriques, ainsi qu'une grande amélioration subjective et objective. Une diminution analogue s'observe chez les sujets hypochlorhydriques ou normaux. Dans certains cas elle est si prononcée qu'elle peut aller jusqu'à l'achylie (suc alcalin au tournesol). Cette achylie (qui semble porter ainsi sur les ferments gastriques, sur la pepsine) ne s'accompagne d'aucun des troubles habituels dans l'achylie spontanée. Cet effet de la pancréatine n'est dû ni à une propropriété antiacide, dont elle est totalement dépourvue, ni à une activité d'ordre enzymatique (car l'inactivation du produit ne le supprime pas), ni à une action locale sur l'estomac (car il persiste si l'on donne la pancréatine en pilules kératinisées ou par voie parentérale). F. Coste.

A. Cionini. ***Sur la valeur de quelques épreuves fonctionnelles pour distinguer les formes de l'hypertension artérielle*** (*Minerva medica*, t. XXI, n° 22, 2 Juin 1930). — Dans 24 cas d'hypertension artérielle permanente, de nature diverse (essentielle, rénale ou avec athérome des gros troncs), C. a étudié : 1° l'effet sur la tension d'une fatigue modérée (courbe d'effort); 2° l'influence de l'hyperventilation pulmonaire; 3° les variations de la tension artérielle aux différents moments de la journée. La première et la troisième épreuve ne lui ont pas donné de résultats différents selon les formes d'hypertension envisagées. Dans la plupart des cas d'hypertension essentielle, l'épreuve respiratoire a provoqué une chute rapide et marquée de la maxima (20 à 40 mm. Hg), qui cessait dès qu'on suspendait l'hyperpnée. Dans les autres formes d'hypertension, l'hyperpnée est sans aucun effet. On pourrait donc utiliser l'épreuve respiratoire pour le diagnostic étiologique d'une hypertension. F. Coste.

RASSEGNA INTERNAZIONALE DI CLINICA E TERAPIA

(*Naples*)

G. de Caudia. ***L'acidose post-opératoire*** (*Rassegna internazionale di Clinica e Terapia*, t. XI. n° 2, 28 Février 1930). — Etude de 35 sujets, ne présentant pas de lésions notables des reins, des poumons, ni du foie et ayant subi une intervention d'une certaine importance. Seule, la réserve alcaline (méthode de V. Slyke) fut envisagée. Toutes les interventions sont suivies d'un abaissement de la réserve alcaline, plus ou moins important selon le type d'anesthésie.

L'anesthésie chloroformique et la rachianesthésie exercent sur la réserve alcaline une influence comparable, bien que plus marquée pour la première (durée de 48 heures) que pour la seconde (24 heures). L'éthérisation est suivie d'un abaissement immédiat, puis d'une ascension de la réserve alcaline au-dessus du niveau initial qui n'est de nouveau atteint qu'au bout de 48 à 72 heures. L'anesthésie locale à la novocaïne n'exerce aucune influence sur l'équilibre acidobasique. Elle serait donc le procédé idéal en cas d'acidose antérieure à l'intervention.

Dans tous les cas, ni la durée de l'anesthésie, ni la durée de l'opération n'interviennent dans le comportement ultérieur de l'équilibre acidobasique.

Le jeûne préopératoire, les purgations ou lavements sont des facteurs négligeables. F. Coste.

Knud H. Krabbe. ***Méningite lymphocytaire bénigne*** (*Rassegna internazionale di Clinica e Terapia*, tome XI, n° 3, 5 Avril 1930). — De 1919 à 1928 K. a observé à Copenhague 11 cas de méningites primitives à lymphocytes ayant évolué vers la guérison.

Ces cas sont assez disparates; les uns s'apparentent cliniquement à la méningite tuberculeuse, d'autres paraissent se rattacher à l'encéphalite en raison de la coexistence de certains symptômes encéphaliques; l'un d'eux paraît avoir été une réaction méningée d'origine otitique, d'autres étaient accompagnés de manifestations d'allure grippale. Il semble impossible d'assigner une étiologie certaine à ces méningites lymphocytaires résolutives.

F. Coste.

RIVISTA DI CLINICA MEDICA
(Florence)

C. Alessandri. ***Sur l'existence d'une disposition familiale à la pleurite exsudative primitive tuberculeuse*** (*Rivista di Clinica medica*, t. XXX, n° 21, 15 Novembre 1929). — A. se basant sur l'analyse de 150 observations de malades atteints de pleurésie exsudative primitive et de 30 malades atteints de péritonite tuberculeuse, relève la fréquence d'antécédents similaires dans leurs familles. A vrai dire les chiffres qu'il cite ne paraissent pas très convaincants : 16,6 pour 100 contre 12,7 p. 100 de tuberculoses pulmonaires sont notés par lui dans les antécédents de ses sujets. Cette prédisposition relative à localiser le bacille de Koch dans tel ou tel organe relève soit d'une hérédité de terrain, soit d'une spécialisation pathogène du germe.

F. Coste.

LA DIAGNOSI
(Pise)

Tedeschi. ***Sur la cirrhose expérimentale produite par les toxines tuberculeuses*** (*La Diagnosi*, tome IX, n° 8, Octobre 1929). — Deux lots de cobayes ont été inoculés : le 1er (11 animaux) avec des cultures en bouillon glycériné de bacilles tuberculeux humains tués par chauffage à 100° pendant 2 heures, répété à 24 heures d'intervalle : chez 2 de ces animaux l'injection faite directement dans la veine porte entraîna la mort. Chez les autres les injections, intrapéritonéales et intrajugulaires, furent répétées 2 à 4 fois à la dose de 1 à 2 cmc jusqu'à la mort qui survint au bout de 30 à 44 jours.

Huit cobayes composant le second lot furent inoculés par voie jugulaire à l'aide de filtrats tuberculeux à raison de 2 à 3 injections de 1 cmc; ils succombèrent du 30e au 45e jour.

Les lésions hépatiques observées ne sont pas de type cirrhotique; on trouve un certain degré de stéatose, quelques acini à structure modifiée avec lésions cellulaires, de l'hyperplasie épithéliale et une réduction de calibre des canalicules biliaires, des altérations des rameaux portes et artériels (surtout dégénératives de la média et productives de l'intima ou enfin inflammatoires). Il y a une augmentation du tissu connectif avec épaississement de l'adventice des capillaires interlobulaires et multiplication des fibrilles intercellulaires. T. voit là l'amorce d'une cirrhose produite par les toxines tuberculeuses.

F. Coste.

ARCHIVI DI BIOLOGIA APPLICATA ALLA PATOLOGIA ALLA CLINICA E ALL' IGIENE

Da Rin et Weinberger. ***Etudes sur l'anisocytose leucocytaire*** (*Archivi di Biologia applicata alla Patologia, alla Clinica e all'Igiene*, t. VI, n° 5, Septembre-Octobre 1929). — Les auteurs, tenant compte des différences de taille entre les globules blancs, à l'état normal ou pathologique, ont recherché :

1° Entre quelles limites oscille la grandeur des globules blancs (neutrophiles, lymphocytes), chez les sujets normaux (anisocytose leucocytaire en rapport avec la constitution, le système nerveux végétatif, les médicaments : adrénaline, ergotamine, pilocarpine, histamine, atropine).

2° Entre quelles limites oscille la grandeur des globules blancs dans les états pathologiques (en comparaison avec la formule d'Arneth, l'hémogramme de Schilling, le degré de leucocytose ou de leucopénie), et dans plusieurs maladies du système hémopoïétique.

3° Ils ont étudié enfin le mécanisme pathogénique de la macro et de la microleucocytose. Il existe, selon eux, une anisocytose physiologique, et une anisocytose pathologique des lymphocytes, et surtout des neutrophiles.

D. R. et W. entendent par anisocytose des globules blancs, les variations de grandeur que ceux-ci peuvent présenter, tout en conservant leur forme sphérique, ou ne s'en éloignant que dans une faible mesure, telle, par exemple, que la différence entre les deux diamètres ne surpasse pas 1 à 2 μ (au delà, on arriverait à la poïkilocytose, à la variation de forme).

Dans la classe des leucocytes neutrophiles, chez les sujets normaux, la forme prédominante mesure 8 μ. du diamètre (50 pour 100 des globules blancs). A gauche de cette forme, on trouve des globules de diamètre plus petit (jusqu'à 7 μ), atteignant un pourcentage de 25 à 30 pour 100 ; à droite, les formes de diamètre supérieur (jusqu'à 9 μ) existent avec le même pourcentage; entre ces limites oscillerait l'anisocytose physiologique de l'homme normal. Dans la classe des lymphocytes, prédomine la forme de 6 μ de diamètre (proportion de 30 à 40 pour 100) ; à droite, il existe des formes jusqu'à 8 μ, et à gauche des formes décroissantes jusqu'à 5 μ, avec un pourcentage de 10 à 15 pour 100. C'est la *formule leucocytométrique normale*. L'anisomacrocytose neutrophile et l'anisomicrolymphocytose, l'anisomicrocytose neutrophile et l'anisomicrolymphocytose, anisocytoses *à type pathologique*, correspondent aux formules où prédominent les diamètres qui se trouvent à gauche ou à droite des valeurs limites de la formule normale.

La constitution morphologique de l'individu n'exerce aucune influence spéciale sur la grandeur des globules blancs. L'excitation du sympathique n'apporte aucune modification à la formule leucocytométrique neutrophile, mais provoquerait un déplacement vers la gauche de la formule lymphocytométrique.

L'inhibition du sympathique (ergotamine) ne modifie pas les grandeurs leucocytaires, la pilocarpine provoque une anisomacrocytose leucocytaire; l'histamine, une anisomacrocytose neutrophile, et une anisomicrocytose des lymphocytes. Il n'existe aucun rapport entre ces variations et le déplacement vers la gauche ou vers la droite des formules d'Arneth et de Schilling, c'est-à-dire entre le degré de maturité de la cellule neutrophile et son diamètre. Les globules blancs neutrophiles, des myélocytes aux polynucléaires, présentent, sauf dans les maladies du sang, des différences de diamètre indépendantes du nombre de leurs noyaux. Le déplacement vers la gauche de la formule leucocytométrique neutrophile serait un signe de gravité; l'anisomicrocytose neutrophile comporterait un pronostic réservé, l'anisomacrocytose aurait, en général, une signification favorable. Une anisomacrocytose neutrophile s'observe dans les maladies qui s'accompagnent d'hyperleucocytose ou de leucopénie ; on y trouve aussi une tendance à l'anisomacrolymphocytose. On constate une anisomacrocytose dans les maladies du sang, anémie, leucémie, myéloïde chronique. C'est dans la leucémie qu'on rencontre les formes plus grandes de globules blancs neutrophiles, tandis que les lymphocytes n'y présentent aucune modification importante; le plus grand diamètre de neutrophiles constaté (dans le domaine pathologique) a été de 14 μ, le plus petit de 5 μ; le plus petit diamètre des lymphocytes a été de 4 1/2 μ, le plus grand de 8 1/2 μ.

Dans les maladies du sang, l'anisomacrocytose provient de la maturation anormale (amitotique) de certaines cellules. Dans les autres maladies, elle serait due à une dilatation active du granulocyte neutrophile en rapport avec la phagocytose, et la présence dans la circulation de stimulines; l'anisomicrocytose neutrophile dépendrait, dans les maladies du sang, d'une exagération ou d'une suppression des processus mitotiques; dans les autres affections, elle proviendrait du défaut d'hypertrophie active des neutrophiles, de l'insuffisance des stimulines et de la phagocytose.

F. Coste.

ARCHIVIO DELL' ISTITUTO BIOCHIMICO ITALIANO

Gaetano Fasoli. ***Avitaminose et développement dentaire*** (*Archivio dell' Istituto Biochimico italiano*, n° 1, Février 1930). — F. a expérimenté sur 6 chiens : 2 témoins, 2 au régime sans vitamines (2 litres de lait écrémé et stérilisé une heure à 110°, 300 gr. de riz glacé, 300 gr. de pain autoclavé une heure à 110°, levure de bière et huile d'olives 5 gr., sel 5 gr.), 2 au régime sans vitamines avec adjonction de 15 gr. de vitamines d'une certaine marque. Durée de l'expérience : 5 mois.

Les recherches anatomo-pathologiques, en accord avec celles des autres auteurs, ont montré que dans l'avitaminose les germes dentaires sont gravement atteints, sans doute davantage qu'aucun autre organe.

F. Coste.

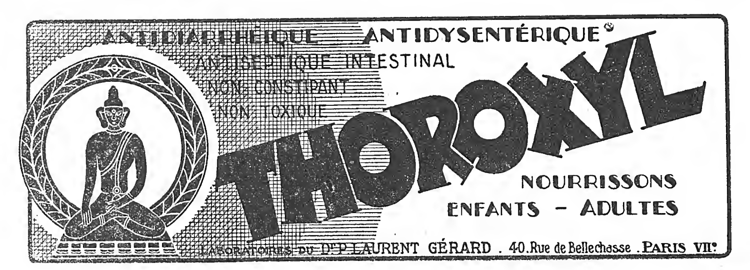
Arturo Arrigoni. ***Sur les « cellules histioïdes » circulantes dans l'endocardite lente*** (*Archivio dell' Istituto Biochimico italiano*, n° 1, Février 1930). — Les éléments histioïdes se voient dans le sang au cours de différents états morbides, particulièrement de maladies infectieuses, aiguës ou chroniques. L'endocardite lente est celle où on les trouve le plus souvent et où on en trouve le plus. Les éléments dans ce cas sont de 3 types : endothélial, lymphocytoïde et monocytoïde. Entre eux existent de nombreuses formes de passage.

Les cellules lymphocytoïdes ont toujours une origine périphérique, les cellules monocytoïdes, une origine surtout centrale. Les cellules endothélioïdes proviennent de toutes les régions. Les altérations anatomiques qui conditionnent le passage dans le sang de ces éléments histioïdes sont tantôt circonscrites (exclusivement centrales ou exclusivement périphériques), tantôt diffuses. A l'origine centrale des éléments endothélioïdes participent tantôt les cellules R. E. en position endothéliale, tantôt les cellules R. E. de la trame profonde des organes. Il s'agit d'une hyperplasie plus ou moins développée de ces cellules, au niveau des petits vaisseaux artériels.

F. Coste.

SCHWEIZERISCHE MEDIZINISCHE WOCHENSCHRIFT
(Bâle)

C. Henschen. ***La pathologie, le diagnostic et la thérapeutique des hémorragies dure-mériennes (pachyméningoses et pachyméningites hémorragiques internes)*** (*Schweizerische medizinische Wochenschrift*, tome LX, n° 26, 28 Juin 1930). — Dans l'introduction de ce long et minutieux travail, H. montre qu'on a d'abord été opposé à toute intervention dans les pachyméningites, mais que ce dogme est attaqué de divers côtés. Il fait ensuite une étude détaillée de l'anatomie normale de la dure-mère et plus spécialement de sa vascu-



MALT BARLEY

BIÈRE de SANTÉ, non alcoolisée
Tonique, digestive

Se consomme comme boisson ordinaire

Maladies de l'estomac — Intestin — Anémie
Convalescence
Maigreur — Suralimentation des nourrices

MALTASE FANTA

Extrait sec de malt préparé à froid
et dans le vide.

Doses : *3 à 6 cuillerées à C. pro die*

DYSPEPSIES — ALIMENTATION INFANTILE
SURALIMENTATION DES MALADES
GALACTOGÈNE

BIÈRE SPÉCIALE POUR NOURRICES

BRASSERIE FANTA

77, route d'Orléans, MONTROUGE (Seine)
Téléphone : MONTROUGE 13, VAUGIRARD 16-39

CONTRE TOUTES LES FORMES D'INSUFFISANCES
HÉPATO-BILIAIRES
ET DE LA
CONSTIPATION

EVONYL

TABLETTES DRAGÉIFIÉES
AGAR-AGAR
PODOPHYLLUM
PELTATUM. EXTRAITS TOTAUX
DES GLANDES INTESTINALES
EXTRAITS BILIAIRES - FUCUS
FERMENTS LACTIQUES

POSOLOGIE 1 Tablette le soir

Échantillons Médicaux et Littérature sur
demande aux LABORATOIRES de la FLUXINE
J. BONTHOUX. Pharmacien à VILLEFRANCHE
(RHÔNE)



larisation ainsi que de son histologie. Il insiste à ce sujet sur l'existence d'espaces épiduraux recouverts par des cellules mésothéliales épithélioïdes, cellules qui doivent être considérées comme d'origine ectodermique et qui ont des fonctions phagocytaires.

Au point de vue physiologique, il rappelle que le cerveau nage en quelque sorte dans le suc arachnoïdien de telle sorte que la pesanteur qu'il exerce sur la base du crâne n'est que de 40 à 26 gr. En outre, dans l'espace subdural, il existe une synovie véritable telle que la masse de l'encéphale est suspendue par une force d'adhérence.

Les plaies de la dure-mère cicatrisent sans constituer d'adhérences avec la pie-mère. Au contraire, les plaies de la pie-mère ou de l'écorce ont pour conséquence des adhérences qui englobent la dure-mère, même si celle-ci était intacte.

Dans le groupe des affections hémorragiques de la dure-mère, H. classe d'abord les pachyméningoses hémorragiques et premièrement celles qui sont dues à un traumatisme et au sujet desquelles il est rappelé les travaux de Marie, Roussy et Laroche qui ont obtenu des hématomes durables en ajoutant au sang injecté des substances irritantes. Pour H., la persistance de l'hématome est la conséquence d'une disposition défavorable des vaisseaux, d'une réaction insuffisante, de la compression des espaces surachnoïdaux, et aussi d'une modification chimique du milieu. Dans un cas, cet auteur a vu se développer en 12 jours les symptômes d'une compression cérébrale sans stase papillaire et l'intervention lui a montré, des 2 côtés, une dure-mère déprimée et un encéphale nettement rétracté, le p_H du liquide céphalorachidien atteignant 8,40. Dans ce cas, il s'agirait donc d'un phénomène exactement inverse du gonflement de l'encéphale observé par Reichhardt, D'ailleurs, l'acidose favorise le travail de résorption par les capillaires, tandis que l'alcalose favorise l'exsudat.

Parmi les pachyméningoses hémorragiques spontanées, H. range celles qui sont dues à une maladie du sang (leucémie, anémie, hémophilie, etc.) ainsi que les pachyméningoses par avitaminose (rachitisme, scorbut) et les pachyméningoses par coup de soleil, nævus ou néoformation.

Parmi les pachyméningites hémorragiques, H. fait figurer celles qui sont d'origine otogène ou rhinogène, qui surviennent au cours d'une affection aiguë, de la tuberculose, de la syphilis congénitale ou acquise, etc.

Aux pachyméningoses et aux pachyméningites hémorragiques, H. oppose les formes non hémorragiques et notamment les pachyméningites purulentes, par métastases, séreuses, exsudatives, fibroplastiques et infectieuses. etc., ainsi que la pachyméningose xanthomatique interne, la calcinose de la dure-mère et les formes hypertrophiantes, formes dont quelques-unes ont été pour la première fois décrites par lui.

Après avoir décrit l'anatomie pathologique, H. passe au tableau clinique et il décrit des formes muettes, céphalalgiques, apoplectiformes, neurologiques, psychiques, méningitiques, bilitoxiques, oculaires, otologiques.

En ce qui concerne le diagnostic, il insiste sur le fait que la pression intra-cranienne est souvent normale et, aux 4 signes d'Huguenin (évolution caractéristique, particularité des symptômes dans l'accès aigu, des symptômes dans les périodes intercalaires, facteurs étiologiques) il ajoute la céphalée pénible et particulière, la périodicité des symptômes, les psychoses, la sensibilité du crâne à la percussion et la matité, les élévations de température qui accompagnent les hémorragies. Il recommande, en outre, d'examiner le sang et les fonctions rénales, de pratiquer une ponction lombaire ainsi que celles des fontanelles chez les nouveau-nés et du crâne chez l'adulte. Avec une technique soignée et un instrument convenable, en faisant une ponction subdurale pure, on ne risque rien selon lui. La radiographie et l'encéphalographie donnent également des résultats.

Au point de vue thérapeutique, H. considère comme logique et absolument nécessaire d'intervenir directement sur l'hématome. Les ponctions lombaires répétées sont inutiles. La méthode employée est la ponction des fontanelles ou la ponction-aspiration subdurale on encore la trépanation évacuatrice avec une sonde spéciale ou encore la craniectomie. En cas d'intoxication par la biliverdine il recommande le calcium localement ou par injections intraveineuses. L'évacuation de l'hématome doit être lente pour éviter une hémorragie *a vacuo*. P.-E. Morhardt.

R. Howald et A. Franceschetti. *Les affections des muscles intrinsèques de l'œil dans le tétanos céphalique et leur traitement* (*Schweizerische medizinische Wochenschrift*, tome LX, n° 26, 28 Juin 1930). — Après avoir reproduit 3 observations de tétanos céphalique, les auteurs font constater que dans chacun de ces cas, il y avait paralysie du facial, symptôme qui est généralement précédé par un état de contracture des muscles innervés par ce nerf. Cet état de contracture entraîne un rétrécissement de la fente palpébrale qui est l'une des caractéristiques importantes du risus sardonicus. Le larmoiement a été observé dans un de ces cas et on pourrait admettre que les contractures dans le domaine du facial entraînent un excès de fonctionnement des glandes lacrymales comme une paralysie du facial arrête la sécrétion des larmes. Mais ce fait peut être aussi mis en relation avec un rétrécissement du canal lacrymal par spasme du sphincter des pupilles lacrymales ou du muscle orbiculaire. La ptose de la paupière supérieure n'est pas seulement l'expression d'une paralysie du releveur mais aussi d'une crampe de l'orbiculaire. Même sans paralysie du facial, la contracture de l'orbiculaire peut s'accompagner d'une fermeture incomplète des paupières parce qu'il existe concurremment une contracture du releveur

Parmi les symptômes relevant d'une atteinte des muscles intrinsèques on a noté le myosis, l'anisocorie, des déformations et une rigidité réflexe de la pupille. Il est possible que la mydriase observée par quelques auteurs soit due à une irritation du sympathique plutôt qu'à une parésie du muscle ciliaire. Il ne semble pas avoir été observé de contracture des muscles ciliaires, mais la paralysie de de l'accommodation a été constatée dans un des cas, 6 à 7 semaines après la plaie, et il est possible que le sérum soit en cause dans ce symptôme, bien que jusqu'ici un tel effet du sérum n'ait pas été décrit.

Dans les 3 cas, la guérison est survenue et il semble vraisemblable à H. et F. que le pronostic soit actuellement meilleur à cause des progrès de la thérapeutique.

Le sérum a été administré pendant 6, 10 et 12 jours, d'abord dans le voisinage de la plaie puis simultanément à la dose de 100 unités tant par voie intraveineuse que par voie intralombaire après administration de morphine. Cependant, après emploi de fortes doses de sérum par voie intralombaire, les auteurs ont observé une thrombose de presque tous les sinus de la dure-mère et sont, par suite, devenus un peu plus prudents dans l'utilisation de cette voie d'introduction.

A côté de ces médicaments, ils emploient la morphine, le chloral et surtout le somnifène qui, cependant, n'est pas toujours bien toléré. L'avertine leur a également donné de bons résultats en procurant un sommeil qui peut durer 8 heures ; en même temps, il y a détente du diaphragme et il semble possible que ce médicament prévienne les fractures par fatigue des corps vertébraux en cas d'accès prolongé. Au total, il a été traité à la clinique de Bâle, 9 cas de tétanos depuis 1928, dont 1 seul est mort, comme on l'a vu. P.-E. Morhardt.

THERAPEUTITCHESKY ARKHIV

(*Moscou*)

N. A. Kewdine et F. P. Lopatchouk. *La réserve alcaline dans le sang et ses rapports avec le développement de la décompensation cardiaque* (*Therapeutitcheski Arkhiv*, tome VIII, f. 1, 1930). — Chez les personnes en bonne santé, l'étude de la réserve alcaline dans le sang, sous l'influence de la fatigue, permet d'établir certaines variations, caractéristiques pour le sujet examiné, et qui se traduisent, en général, par une baisse. Seulement, dans des cas isolés, le taux augmente à la suite d'un effort physique important.

Les cardiaques, en état de repos, ne se distinguent pas, en ce qui concerne leur réserve alcaline, de l'être normal, mais, après un exercice fatigant, l'on voit aussitôt la différence. Certes, les fluctuations sont les mêmes, que l'on se trouve en face d'un malade atteint d'une affection qui entraîne de la décompensation cardiaque, ou d'un homme sain ; mais le retour à la normale demande un temps beaucoup plus long. D'autre part, chez le cardiaque, un effort relativement peu considérable suffit pour déclencher une situation qui, en cas d'intégrité de la fonction du cœur, ne s'observe qu'après un gros effort.

L'étude de la réserve alcaline paraît avoir un intérêt tout spécial pour l'explication de ces cas obscurs de décompensation qui se terminent, après un développement progressif, par la mort, sans que la clinique et l'anatomie pathologique soient en mesure de dépister, dans le myocarde, la raison précise des phénomènes pathologiques. Peut-être se trouve-t-on en face de troubles d'origine centrale ? On se demande, en effet, si l'on ne doit pas, chez certains cardiaques, accuser les centres nerveux, dont le fonctionnement pathologique retentit sur l'appareil cardio-vasculaire et sur la composition du sang. G. Ichok.

L. K. Victorov et G. J. Sinaï. *Le rôle étiologique du bacille typhique, type G* (*Therapeutitcheski Arkhiv*, tome VIII, f. 1, 1930). — V. a décrit un nouveau microbe, qui occupe une situation intermédiaire entre le bacille typhique et le bacille de Gärtner. Il s'agit d'un bacille, appelé par l'auteur *type G*, et qui permet de comprendre certaines formes cliniques de typhoïde, notamment celles qui, malgré le syndrome bien connu, présentent une réaction de Widal négative.

Le dépistage du type G est possible à la fois dans le sang et dans les matières fécales. Si l'on cultive le microbe, on constate, chez lui, certaines propriétés aussi bien du bacille typhique que du paratyphique. Au point de vue sérologique, le type G se distingue nettement des bacilles typhique et paratyphique.

Dans 77 pour 100 de cas, l'infection avec le type G entraîne un aspect clinique rappelant la typhoïde classique, mais, dans les autres cas, les phénomènes d'une gastro-entérite aiguë frappent l'attention.

Au point de vue épidémiologique, le type G se rapproche de la typhoïde ordinaire. Les foyers de contamination et la transmission paraissent suivre les mêmes règles.

Ajoutons que, dans une série de laboratoires de Moscou, la valeur diagnostique de la réaction de Widal, avec le type G, a pu être confirmée.

G. Ichok.


SÉRO-SÉRUM RIVIER
injectable
SANS DANGER D'ANAPHYLAXIE
SÉRUM HÉMOPOIÉTIQUE DE CHEVAL
LABORATOIRES RIVIER 26-28 rue St Claude PARIS.

REVUE DES JOURNAUX

PARIS MÉDICAL

L. Bérard et J Creyssel (Lyon). ***Traitement des grands épithéliomas cutanés de la face après échec des méthodes radiothérapiques*** (*Paris médical*, tome XX, nº 11, 15 Mars 1930). — Les récidives des épithéliomas de la face après échec du traitement radiothérapique — soit par faute de technique, soit par erreur d'indication — se présentent ordinairement sous forme de lésions particulièrement étendues et rebelles au point que de nombreux médecins ont tendance à renoncer à toute nouvelle tentative thérapeutique radicale. Et pourtant l'expérience montre que, dans une proportion assez forte de ces cas, on peut encore, par une exérèse chirurgicale large, aidée d'une nouvelle application radiothérapique ou radiumthérapique, obtenir, grâce au sacrifice étendu des parties molles et du squelette facial, des survies et des guérisons cliniques prolongées. On en trouve le témoignage dans les 3 observations, avec photographies, publiées par B et C. Et ce ne sont pas les seules. Les auteurs ont, en effet, recherché les résultats éloignés de tous les cas de cet ordre traités depuis 1924 au Centre anticancéreux de Lyon : sur 21 observations, 9 sont encore trop récentes pour que l'on en puisse faire état ; mais, sur 12 malades traités depuis plus de 18 mois, certains depuis 4, 5 et même 6 ans, 8 sont vivants et cliniquement guéris à l'heure actuelle.

C'est par une *exérèse chirurgicale large* que doit recommencer la thérapeutique. Exérèse « à la demande » des lésions, commençant par l'ablation large, en bloc, de toutes les parties néoplasiques directement abordables, et complétée par la toilette minutieuse de la plaie opératoire, l'ablation à la curette, à la pince-gouge ou au couteau diathermique, suivant leur nature, de toutes les parties suspectes : tissus macroscopiquement envahis par le néoplasme et tissus atteints de nécrobiose. Cette exérèse doit être faite sans souci de la mutilation créée ni de ses réparations immédiates.

Comme néanmoins, dans des lésions de cette nature, il aura été impossible de faire leur exérèse complète, il sera nécessaire ensuite, par une *irradiation* à doses suffisantes, de compléter l'action du bistouri. Portant sur des tissus qui siègent au delà de la zone précédemment irradiée, et qui n'ont été que peu altérés encore, cette irradiation pourra ainsi, préparée par l'acte chirurgical, avoir les meilleurs effets. Elle sera faite de préférence à l'aide du radium, aisément applicable dans d'excellentes conditions grâce aux voies d'accès sur les parties profondes créées par le délabrement opératoire, et aussi précocement que le permettra l'état de la plaie ; en moyenne, 8 à 15 jours après l'intervention, le bourgeonnement réparateur est suffisant pour permettre cette application.

Après l'application curiethérapique commence la troisième phase du traitement, c'est-à-dire la *direction des processus de cicatrisation* En général, il ne saurait être question, avant plusieurs mois, d'autoplastie secondaire, celle-ci exigeant des manœuvres chirurgicales trop complexes sur les tissus irradiés. C'est donc par la surveillance attentive de l'épidermisation secondaire, aidée par l'effluvage diathermique, par les applications d'antiseptiques légers, etc., qu'on préviendra les repullulations toujours possibles de cellules néoplasiques Assez souvent, des temps complémentaires (électro-coagulation de bourgeons suspects, ablation de séquestres) constitueront autant de « retouches » nécessaires avant la guérison complète. Et l'application d'une prothèse légère, sur pansement protecteur, permettra, tout en poursuivant cette surveillance, de masquer la mutilation et d'autoriser le malade à reprendre une existence normale.

J. DUMONT.

JOURNAL DE MÉDECINE DE BORDEAUX et de la RÉGION DU SUD-OUEST (*Bordeaux*)

Leuret, Charrier et Caussimon (Bordeaux). ***Indications et résultats de la phrénicectomie dans le traitement de la tuberculose pulmonaire*** (*Journal de Médecine de Bordeaux et du Sud-Ouest*, tome CVII, nº 4, 10 Février 1930). — Les auteurs ont réuni 33 observations personnelles de phrénicectomie pour tuberculose pulmonaire, la plus récente datant de 4 mois, la plus ancienne de 2 ans.

La mortalité opératoire a été de 10 cas, mortalité élevée qui doit être mise sur le compte d'indications opératoires posées de façon incertaine ; dans tous ces cas, d'ailleurs, le pneumothorax était impossible, par suite de symphyse pleurale. Dans 2 cas, malgré leur unilatéralité, les lésions présentaient un caractère actif et évolutif intense et rapide : dans des cas de ce genre, on a peu de chance de voir la phrénicectomie, dont l'action est forcément lente, atténuer l'activité des lésions. Dans 3 cas, il s'agissait de tuberculose bilatérale à forte prédominance d'un côté : l'opération s'est montrée nettement inefficace. Enfin, dans 5 cas, les malades présentaient d'un côté, au sommet, une caverne très étendue : ces observations donnent la conviction que sur les cavernes du sommet, vastes, anciennes, entourées d'une solide coque fibreuse, la phrénicectomie demeure sans action.

Les 23 cas qui n'ont pas été suivis de mort peuvent être classés en : nettement favorables, médiocres, incertains.

Il y a eu 2 *résultats médiocres*. Dans l'un il s'agissait d'une tuberculose extrêmement active, unilatérale et symphysée. Dans l'autre, malgré une ablation importante de nerf phrénique et l'immobilité du diaphragme, le relèvement de ce muscle a été presque nul.

4 autres cas présentent un *pronostic incertain*. Malgré un relèvement appréciable du diaphragme, les lésions ulcéreuses étendues du sommet présentées par ces malades sont encore largement béantes et actives. La sclérose rétractile ne s'établit qu'avec une lenteur extrême qui ne met pas ces malades à l'abri d'une bilatéralisation.

Restent 17 cas dans lesquels les résultats ont été tout à fait *favorables*. Dans 3 cas, la phrénicectomie a été faite comme opération complémentaire d'un ancien hydro-pneumothorax résorbé et asséché ; c'est le type de la phrénicectomie à froid La consolidation obtenue dans ces conditions semble devoir être parfaite, et les auteurs pensent que tout cas d'ancien hydropneumothorax symphysé et inactif doit être systématiquement complété d'une phrénicectomie.

Les autres cas favorables, au nombre de 14, se rapportent tous à des tuberculoses pulmonaires actives mais peu évolutives, nettement unilatérales, et pour lesquelles la symphyse pleurale interdisait le pneumothorax. 4 cas se rapportent à des lésions de la base, et 10 à des lésions du sommet. Cependant, quand on envisage les résultats éloignés, on ne saurait faire de différence bien nette entre les résultats obtenus. De même, on n'a pas fait de différence appréciable entre les résultats des phrénicectomies droites et des phrénicectomies gauches.

Dans tous les cas favorables, les résultats éloignés ont été caractérisés par le syndrome suivant : diminution et parfois disparition des signes fonctionnels ; amélioration partielle ou totale des phénomènes généraux ; développement du caractère torpide, scléreux des lésions. A la radioscopie, relèvement progressif important du diaphragme ; disparition de ses mouvements actifs ; diminution de l'ampliation de l'hémithorax ; constitution d'une sclérose rétractile progressive avec scoliose ; attraction de la paroi et du cœur.

Ceci explique pourquoi la phrénicectomie, qui agit plus vite et mieux dans beaucoup de cas sur des lésions de la base, agit cependant à distance et quelquefois très loin sur des lésions de la partie moyenne et de la région supérieure.

En résumé, la phrénicectomie doit être pratiquée à froid dans les cas de tuberculose pulmonaire peu évolutive. Elle demande la même unilatéralité des lésions que le pneumothorax. Le plus habituellement, et sauf des cas exceptionnels, elle ne saurait le remplacer, mais elle peut le compléter heureusement. Comme le pneumothorax, la phrénicectomie doit être précoce ; il ne faut pas attendre, pour la réaliser, la formation des vastes cavernes du sommet symphysées à la paroi, sur lesquelles la phrénicectomie paraît sans action. La phrénicectomie agit non seulement sur les lésions de la base, mais aussi sur les lésions du sommet, grâce à la constitution d'une sclérose pleuro-pulmonaire qui est la conséquence, non pas de l'ascension du diaphragme, mais de son immobilité,

J. DUMONT.

LE JOURNAL DE MÉDECINE DE LYON

J. Froment et J. Chambon (Lyon). ***L'insuline, médication adjuvante de l'encéphalite épidémique et de ses séquelles parkinsoniennes ou psychiques*** (*Le Journal de Médecine de Lyon*), tome XI, nº 256, 5 Septembre 1930). — L'étude physio-clinique et biochimique de l'état parkinsonien conduit à l'idée qu'il est lié au dérèglement du mécanisme qui, automatiquement chez l'homme, stabilise les attitudes et règle l'adaptation aux divers modes statiques. L'organisme a perdu le secret du maintien économique des attitudes. L'état de surmenage qui en résulte entraîne toute une série de phénomènes seconds ainsi que de lésions.

La cachexie parkinsonienne n'est, sans doute, que l'aboutissant dudit surmenage. Ainsi s'explique l'action remarquable que peuvent exercer, en pareil cas, insuline et médication alcaline. Complications mises à part, le parkinsonisme relève encore de l'insuline associée à l'hyoscine dès que l'impotence s'aggrave et que l'état général s'affaiblit. C'est qu'ici encore l'action cumulative du surmenage musculaire commence à se faire sentir.

En dehors de tout parkinsonisme, l'insuline paraît susceptible de modifier certaines séquelles psychiques de l'encéphalite épidémique : légers états confus et anxieux du type pseudo-névropathique, véritables états oniriques n'ayant, les uns comme les autres, aucune tendance à la rétrocession spontanée. Les formes encéphalitiques tenaces, rebelles et récidivantes peuvent encore bénéficier de l'appoint du traitement insulinique, étant donné la précocité avec laquelle on surprend, par la recherche de la rigidité latente, le dérèglement du système stabilisateur.

L'insuline agit surtout au niveau du muscle. Sa fonction principale consiste à assurer le processus de Meyerhof, c'est-à-dire cette réaction complexe dans laquelle l'oxydation du glucose et la synthèse du glycogène sont liées l'une à l'autre Ses heureux effets, dans le traitement des séquelles parkinsoniennes ou psychiques de l'encéphalite peu-

vent être mis sur le compte du rétablissement du métabolisme musculaire normal, de la disparition de l'acide lactique, de la préservation des matières protéiques, de la récupération des propriétés physiologiques musculaires optima.

A. Chatain (Lyon) ***Contribution à l'étude du métabolisme des cancéreux (métabolisme des corps azotés et des hydrates de carbone, glutathion du sang)*** [*Le Journal de Médecine de Lyon*, tome XI, nº 256, 5 Septembre 1930]. — L'étude des modifications que peut subir le métabolisme en général au cours de la maladie cancéreuse a fait l'objet de recherches innombrables en raison surtout de ses applications possibles au diagnostic précoce des néoplasies.

Dans le service de son maître, le professeur Cade, C. a étudié spécialement le métabolisme des matières azotées et des hydrates de carbone, en déterminant, d'une part, l'urée et l'acide urique et, d'autre part, le sucre, dans le sang de différents malades atteints de néoplasmes malins à localisations diverses et plus spécialement du tube digestif. Il a adjoint, le plus souvent, à ces dosages, le dosage du glutathion en raison de l'importance donnée à ce corps par les biologistes dans les oxydo-réductions intracellulaires.

Le résultat de ces recherches peut se résumer dans les quelques propositions suivantes :

Chez les malades atteints de néoplasie maligne, quels que soient la localisation de la tumeur et son degré de développement, l'urée sanguine est rarement augmentée ; son taux est ou normal ou abaissé. L'acide urique du sérum et du sang total n'est jamais augmenté ; son taux, normal parfois, est, dans la majorité des cas, nettement abaissé. Il y a donc, d'une façon générale, réduction dans le métabolisme des albuminoïdes.

La glycémie oscille habituellement dans les limites normales.

Il en est de même du glutathion du sang ; son dosage n'est donc pas susceptible d'extérioriser les modifications que peut apporter la maladie cancéreuse au métabolisme général. J. Dumont.

ANNALES D'ANATOMIE PATHOLOGIQUE ET D'ANATOMIE NORMALE (Paris)

Huguenin et Delarue. ***Essai pathogénique dans la tuberculose miliaire du poumon*** (*Annales d'anatomie pathologique*, tome VII, nº 4, Avril 1930). — H. et D. pensent qu'un progrès notable a été réalisé par la description qu'Huebschmann et Arnold ont donné de l'histogenèse du tubercule miliaire du poumon. Celui-ci commencerait par une alvéolite exsudative qui se transformerait ensuite en la lésion constructive folliculaire. Au sujet des détails histologiques de cette évolution, bien des points sont encore en discussion et, notamment, l'origine des fibres collagènes ; naissent-elles d'une métaplasie de la fibrine exsudée, ou de la transformation du réticulum pulmonaire ou d'une action cellulaire ? Mais dans l'ensemble on peut admettre les stades successifs suivants : exsudation, caséification, organisation folliculaire, cicatrisation fibreuse. Voilà qui est différent de la conception de Laennec.

H. et D. affirment, cependant, que cette histogénèse fréquente n'est pas la seule qu'ils aient rencontrée et qu'il existe des follicules primitifs. Sont-ils alvéolaires ou interstitiels ? Il semble que la localisation alvéolaire d'emblée soit la plus fréquente.

En effet, H. et D. ont réalisé des imprégnations du parenchyme pulmonaire avec des particules colorées, encre de Chine, carmin lithiné, soit par injection intraveineuse, soit par insufflation trachéale et, dans les 2 cas, ils ont retrouvé la majeure partie du matériel employé inclus dans des cellules desquamées, encombrant les alvéoles pulmonaires. Il est certain — et des pièces de granulie pulmonaire en font foi — qu'il en est de même dans la plupart des cas de tuberculose miliaire.

En clinique humaine les granulies pulmonaires se produisent-elles par voie hématogène ou par voie respiratoire ? Chez le chien et chez le lapin on réalise beaucoup plus aisément la granulie pulmonaire par insufflation trachéale. Cependant chez l'homme la dissémination tuberculeuse par voie sanguine ou par voie lymphatique paraît bien exister. Mais, même par cette voie, la tuberculose miliaire pulmonaire débute le plus souvent par une alvéolite exsudative.

Quant aux causes favorisantes tenant à la virulence et au nombre des bacilles, aux facteurs individuels de résistance, quant au rôle protecteur ou aggravant que peuvent jouer les foyers tuberculeux chroniques déjà existants, force est de reconnaître avec les auteurs que nous sommes très ignorants de tous ces facteurs pathogéniques généraux. P. Moulonguet.

ANNALES DE MÉDECINE LÉGALE (Paris)

A. Fribourg-Blanc et P. Masquin. ***Les séquelles psychiques tardives des grands traumatismes craniens*** (*Annales de Médecine légale*, tome X, nº 6, Juin 1930). — L'avenir social d'un blessé cranien demeure toujours réservé, même s'il est « guéri » au sens chirurgical du mot. Des troubles mentaux peuvent persister, en effet, ou se développer plus ou moins tardivement, qui font de ces blessés de véritables « éclopés mentaux » qui sont diminués dans leur activité sociale, ou même justiciables de l'asile.

Les séquelles mentales tardives des traumatismes craniens peuvent se classer en : séquelles minimes, séquelles de gravité moyenne, séquelles graves (syndromes démentiels).

1º *Séquelles minimes.* — Ce sont de beaucoup les plus fréquentes. De symptomatologie variable, elles ont été englobées sous la dénomination de *syndrome subjectif des blessés du crâne* (Pierre Marie). Ce sont : de la céphalée, des éblouissements et des vertiges, des troubles du caractère (irritabilité), de l'activité intellectuelle (fatigabilité) et de l'humeur (phénomènes dépressifs transitoires), qui peuvent nuire à l'avenir du blessé dans sa profession. Si, dans les cas heureux, ces troubles, bien que très lentement, s'atténuent à la longue, l'expérience acquise par l'observation des traumatismes de guerre remontant à 12 et 15 ans prouve que cette heureuse évolution est loin d'être la règle ; la cristallisation du syndrome, son aggravation ou l'apparition progressive d'un état démentiel peuvent se produire, même chez un sujet sobre et sans tares organiques. Et comme, d'autre part, on ne peut attendre des années avant de se prononcer sur l'évaluation d'une indemnité, on comprend avec quelle prudence et en s'entourant de quelles réserves le médecin expert devra porter un jugement.

2º *Séquelles de gravité moyenne.* — Elles se caractérisent par l'accentuation des troubles psychiques intellectuels et affectifs. Toutes les fonctions cérébrales sont diminuées, l'attention relâchée, les mémoires de fixation et d'évocation profondément troublées, la fabulation venant combler les lacunes que ces malades perçoivent dans leurs souvenirs. Dans des formes plus graves, l'idéation, le jugement, le raisonnement sont touchés à leur tour. Quant aux troubles affectifs, ils consistent en hyperémotivité, en paroxysmes anxieux, en inaffectivité dans les formes sévères. On retrouve encore ici l'irritabilité et les troubles du caractère qui peuvent entraîner ces malades à des actes criminels dont il ne faut pas toutefois exagérer la fréquence.

Les formes de gravité moyenne soulèvent encore au point de vue médico-légal et social de délicats problèmes. Voilà des malades impotents, plus inutilisables que les premiers qui peuvent encore travailler. Dans quelles conditions vont-ils vivre ? Ils devront changer de profession, mais quel employeur voudra se charger d'eux ? S'ils n'ont pas de famille, où échoueront-ils, ne relevant ni de l'hôpital, ni de l'asile ? Leur taux de pension, l'invalidité qu'ils auront touchée sera-t-elle suffisante pour leur assurer l'indispensable ?

3º *Séquelles graves (démences traumatiques).* — Ce dernier groupe englobe toutes les formes subdémentielles avec ou sans délire : confus chroniques, faux déments précoces, faux paralytiques généraux, véritables épaves sociales qui viennent, pour la plupart, échouer à l'asile. Les troubles psychiques atteignent ici à un degré extrême : l'état de torpeur intellectuelle est excessivement marqué, l'attention très troublée ; le malade, après avoir fait répéter les questions plusieurs fois, finit par répondre plus ou moins bien ; la mémoire est nulle, la désorientation marquée ; toute activité psychique s'est éteinte et le malade reste là, seul, apathique, indifférent, quand des accès de colère subits et sans cause ne viennent pas l'agiter. Parfois des idées délirantes viennent donner une allure clinique propre à ces psychoses traumatiques sous forme de délires plus ou moins bien systématisés.

Comme toute schématisation clinique, cette séparation des séquelles tardives psychiques des traumatismes craniens en trois groupes est un peu arbitraire, et l'on peut voir passer progressivement d'une forme à l'autre un même malade ; on ne peut jamais affirmer qu'une séquelle psychique traumatique est « fixée », comme on l'a trop souvent écrit, et on comprend toute la prudence qui s'impose au médecin ayant affaire à un traumatisme cranio-cérébral. Il lui faudra, en particulier, ne pas sous-estimer les séquelles minimes, qui attirent moins l'attention, dont l'appréciation est plus délicate, et que l'on est enclin de considérer parfois avec trop d'optimisme. J. Dumont.

JOURNAL DE PHYSIOLOGIE ET DE PATHOLOGIE GÉNÉRALE (Paris)

E. Hédon. ***La survie du chien totalement dépancréaté traité par l'insuline et les effets de l'interruption du traitement*** (*Journal de Physiologie et de Pathologie générale*, tome XXVIII, nº 1, Mars 1930). — H. a pu conserver en vie pendant 5 ans un chien totalement dépancréaté dont l'état se maintint très satisfaisant pendant fort longtemps grâce à l'insuline, tout arrêt du traitement étant suivi d'acidose grave, et à un régime alimentaire approprié complété par l'adjonction de ferments pancréatiques. On ne notait qu'une boulimie intense et de la parorexie. Pendant tout ce temps jamais l'animal ne fit de progrès quelconque dans le sens d'une meilleure utilisation spontanée des hydrates de carbone et son diabète ne s'atténua en aucune façon.

La mort fut l'aboutissant, à longue échéance, d'une intoxication alimentaire très grave par de la viande avariée qui se traduisit par une entérite suraiguë avec hémorragies intestinales et qui fit périr de la même façon un autre chien dépancréaté, tandis qu'un chien normal ne montrait aucun signe d'empoisonnement, vraisemblablement parce que son suc pancréatique avait pu détruire certaines toxines très nocives. Sous l'influence du jeûne, du réchauffement, des petites doses d'insuline, puis des transfusions sanguines, l'animal finit par se rétablir, mais peu à peu l'état de la nutrition cessa d'être satisfaisant ; l'insuline avait perdu son pouvoir habituel pour maîtriser le diabète ; d'autre part, le chien, devenu plus sensible à l'insuline,

faisait facilement des accidents d'hyperinsulinémie, si bien qu'on n'arrivait plus à maintenir un niveau d'insulinémie suffisamment constant. Finalement, il maigrit et se cachectisa progressivement, la boulimie persistant jusqu'à la mort qui survint au milieu de violentes convulsions avec une hypoglycémie très marquée et de l'azotémie, un an environ après l'intoxication alimentaire.

L'autopsie montra pour tous les organes, en particulier pour le foie, un aspect macroscopique normal et permit d'établir que la pancréatectomie avait été rigoureusement totale. Microscopiquement, on trouvait seulement un léger degré de sclérose du foie et des surrénales; par contre, les reins étaient le siège d'une sclérose ancienne très accusée, compliquée d'une poussée récente de néphrite épithéliale qui n'avait pas dû être étrangère à la mort, laquelle paraît relever également d'une intoxication insulinique, conséquence de l'hypersensibilité qu'avait fini par présenter l'animal.

H. pense que l'adjonction au régime de produits d'hydrolyse digestive des aliments par le suc pancréatique au lieu de pancreas cru devrait déterminer une survie encore plus longue. En tout cas ce fait montre que la sécrétion externe du pancréas ne peut être abolie sans que l'animal en souffre notablement; l'élaboration digestive des aliments par le suc pancréatique est indispensable pour une vie prolongée, aucune vicariance ne se produisant, les fonctions du pancréas étant bien spécifiques.

P.-L. Marie.

L. Bouisset, L. Bugnard et L. C. Soula. *Etude des rapports entre la rate et la masse sanguine : la rate considérée comme réservoir mécanique de globules* (*Journal de Physiologie et de Pathologie générale*, tome XXVIII, n° 1, Mars 1930). — L'influence de la rate et de ses contractions sur la composition du sang est une notion très ancienne, mais restée jusqu'ici très confuse.

Barcroft (1927), étudiant les rapports entre la rate et la masse sanguine, conclut que la rate est susceptible par ses contractions d'intervenir dans le balancement circulatoire pour modifier la masse du sang circulant et que le sang se trouve dans la rate en état de stase. Par ailleurs, Binet a soutenu l'intervention de la rate dans la régulation du nombre des hématies circulantes; tel un réservoir mécanique, elle tiendrait en réserve des hématies qu'elle déverserait dans le sang circulant au moment des besoins de l'organisme, à l'occasion de la fonction respiratoire surtout. Il étaye cette opinion sur divers faits expérimentaux : polyglobulie asphyxique presque immédiate qui résulterait de la mobilisation d'hématies contenues dans la rate et qu'empêche le pincement des veines spléniques, polyglobulie due à divers agents (adrénaline, éphédrine, genêt, pilocarpine, etc.) doués de pouvoir spléno-constricteur, qui fait défaut si la rate a été préalablement enlevée.

Par contre, B., B. et S., au cours d'études sur l'influence des lipides insaponifiables extraits de la rate sur les mouvements de cet organe, ayant pratiqué simultanément l'inscription des mouvements de la rate et la numération globulaire dans le sang central et périphérique, n'ont observé aucune correspondance entre l'expulsion du contenu splénique et le taux des hématies.

Ils apportent, au reste, d'autres faits nettement en contradiction avec le rôle de la rate, réservoir purement mécanique de globules. En particulier, ils ont mesuré directement avec l'hématocrite chez le même animal la proportion des hématies dans le sang veineux splénique et dans le sang artériel, avant et après rétraction de la rate. Les valeurs trouvées démontrent l'invraisemblance du rôle de la rate en tant que réservoir mécanique de globules. En effet, pour admettre ce rôle, il faudrait que toute augmentation à l'hématocrite du sang artériel puisse être expliquée par une augmentation correspondante et suffisante du sang veineux splénique, ce que B., B. et S. n'ont jamais constaté.

En réalité la rate ne joue aucun rôle spécial, et particulièrement régulateur, dans la répartition des masses respectives des globules et du plasma. Si la composition du sang subit des variations au point de vue du rapport globules-plasma en volume, elles relèvent probablement de la régulation de l'hydrémie, d'une part, et des phénomènes vasomoteurs, d'autre part.

P.-L. Marie.

IL POLICLINICO [Sezione pratica]
(Rome)

V. Bonoli. *Médication intra-artérielle* (*Il Policlinico* [*Sezione pratica*], t. XXXVII, n° 15, 14 Avril 1930). — A propos de la médication par voie artérielle, dont il attribue la paternité à Parlavecchio, B. rapporte l'exemple d'un enfant atteint d'une arthrite suppurée du genou, déjà drainée, chez qui apparut un érysipèle grave et extensif parti du foyer d'infection. Une injection intra-artérielle d'argent colloïdal dans la fémorale jugula cet érysipèle. La voie intra-artérielle ne doit être utilisée que dans des cas bien particuliers; superflue et à rejeter dans toute infection généralisée, où la voie veineuse s'impose, inefficace contre une infection locale *chronique*, car elle ne permet d'obtenir qu'un contact très fugace de l'agent antiseptique avec le foyer morbide, elle trouve sa véritable application dans les *infections aiguës localisées*, qu'elle peut faire avorter. Les métaux colloïdaux sont particulièrement à recommander.

F. Coste.

Scollo. *Traitement d'un phlegmon profond de la main par injection intra-artérielle d'argent colloïdal* (*Il Policlinico* [*Sezione pratica*], tome XXXVII, n° 15, p. 546, 14 Avril 1930). — S. critique la voie d'introduction artérielle. Dans un cas de phlegmon de la main, il a découvert l'humérale, et injecté de l'argent colloïdal. Après une amélioration fugace, l'évolution a repris et l'on a dû inciser en hâte le phlegmon collecté. On ne voit guère comment pourrait agir une dose d'antiseptique, passant de façon fugace à proximité plus ou moins réelle du foyer infectieux. Beaucoup plus importante paraît être la réaction vasomotrice due à la véritable sympathectomie périartérielle réalisée par la dénudation du vaisseau à ponctionner. Il est plus logique de lui attribuer les résultats obtenus, si résultats il y a. D'ailleurs l'injection d'un métal colloïdal agit bien plus probablement en suscitant les défenses organiques (effet de choc) que par les propriétés antiseptiques propres du médicament. Enfin si l'on recherche un effet antiseptique, pourquoi ne pas injecter directement le médicament dans le foyer d'infection?

F. Coste.

LA RASSEGNA DI CLINICA, TERAPIA E SCIENZE AFFINI
(Rome)

O. da Rin. *Sur les extraits pancréatiques désinsulinisés* (*La Rassegna di Clinica, Terapia et Scienze affini*, t. XXIX, n° 2, Mars-Avril 1930). — D'après les observations de d. R. ces extraits n'ont aucune action sur l'hypertension artérielle. Ils ne procurent aucun abaissement durable ou réel de cette dernière. Avec 60 « unités hypotensives » on obtient bien un abaissement transitoire, mais qui doit être vraisemblablement attribué à la peptone contenue dans l'extrait, et que rien ne distingue de celui que donnent les autres extraits d'organes. L'hormone pancréatique agit sur la pression artérielle par un mécanisme différent de celui des extraits désinsulinisés. Ceux-ci peuvent d'ailleurs agir sur le trophisme du système cardiovasculaire, et atténuer les symptômes subjectifs (angineïdes par exemple) de l'hypertension : mais d. R. rattache cet effet à la quantité minime d'insuline qui subsiste dans l'extrait, ou à une excitation hormonique du pancréas produite par l'injection.

F. Coste.

DEUTSCHE MEDIZINISCHE WOCHENSCHRIFT
(Leipzig)

Ramstedt. *Le traitement de la sténose pylorique du nourrisson* (*Deutsche medizinische Wochenschrift*, tome LVI, n° 9, 28 Février 1930). — A la suite des premières publications sur le traitement chirurgical de la sténose pylorique à l'aide de l'intervention que R. appelle opération de Weber-Ramstedt, de nombreuses observations ont été publiées en Allemagne.

Pour apprécier les résultats de cette méthode, R. a entrepris une enquête dans les cliniques universitaires des divers centres allemands, et il en publie les résultats, sous réserve de certaines critiques.

Dans l'ensemble, la mortalité par sténose pylorique, traitée médicalement ou chirurgicalement, est encore remarquablement élevée : 18 pour 100.

Sur 1842 cas, 1345 ont été traités médicalement, avec une mortalité de 16 pour 100, 497 furent opérés, avec une mortalité de 22,5 pour 100.

Cependant, l'étude des causes de mort montre combien souvent l'expectative prolongée peut être rendue responsable de l'échec opératoire ; on relève ainsi de multiples cas de collapsus, athrepsie, anémie, etc., sans tenir compte des infections très favorisées par la moindre résistance des enfants fatigués et déprimés par des vomissements prolongés, et même quelques cas de mort attribués à l'intoxication atropinique sont cités.

Si on étudie les statistiques récentes des services dans lesquels une judicieuse coopération médico-chirurgicale limite la durée du traitement médical, on note, par contre, des chiffres d'insuccès considérablement moins élevés.

La pylorotomie est une intervention simple, qui demande néanmoins un opérateur exercé. Une technique très précise évite la plupart des dangers susceptibles d'aggraver le pronostic opératoire.

R. rappelle les points principaux de sa technique; il insiste sur l'utilité de l'anesthésie générale (éther), sur la nécessité d'une incision haute pour éviter l'issue gênante de la masse intestinale. Il dissocie les muscles avec un instrument mousse après avoir incisé la séreuse au bistouri. La plaie musculaire ne doit pas dépasser 2 à 3 cm. maxima afin de réduire le danger d'hémorragies secondaires.

Dans ces conditions, on obtiendra un pourcentage élevé de succès thérapeutique à l'aide de cette intervention dont R. revendique la paternité, sans d'ailleurs citer l'observation antérieure de Frédet.

G. Dreyfus-Sée.

Ehrhardt. *Recherche de l'hormone dans les urines après transfusion de sang de femme enceinte; contribution à la réaction du lobe antérieur hypophysaire* (*Deutsche medizinische Wochenschrift*, tome LVI, n° 11, 14 Mars 1930). — Dans l'étude des applications thérapeutiques du lobe antérieur hypophysaire, la question de la posologie reste encore très obscure.

Des doses trop élevées risquent d'être nuisibles. et pourraient, en particulier, si on raisonne par analogie avec l'expérimentation, déterminer un trouble ovarien. Des doses trop faibles seraient inefficaces.

A ce point de vue, il est important de tenter d'établir la limite de saturation de l'organisme vis-à-vis du lobe antérieur, et de savoir ce qu'il advient de l'hormone introduite par voie parentérale, si elle est éliminée par l'urine ou détruite.

Les études de E. ont porté sur les recherches

des hormones dans les urines de femmes non gravides, ayant reçu par voie intraveineuse du sang de femmes enceintes.

Sans pouvoir éliminer la canse d'erreur due à l'apport simultané d'hormone ovarienne, il était intéressant, néanmoins, de chercher ce que devenait l'hormone du lobe antérieur d'hypophyse apportée par cette voie.

Dans tous les cas, la mesure quantitative de l'hormone dans le sang transfnsé avait été faite : 1 à 10 unités ont été ainsi décelées par centimètres cubes de sang veineux citraté. Une transfusion de 500 cmc correspondait donc à une injection intraveineuse de 500 à 5.000 unités hormonales.

Après la transfusion, les nrines des réceptrices prélevées les premières 24 heures ont régulièrement fourni une réaction du lobe antérieur hypophysaire (réaction d'Aschheim-Zondek), positive pour la réaction n° 1, alors que les réactions n°s 2 et 3 étaient négatives, sauf pendant les premières heures après la transfusion.

Aussi, chez les femmes non gravides, l'injection intraveineuse de quantités notables de lobe antérieur hypophysaire donne lieu à une réaction de gravidité positive passagèrement dans les urines.

Malgré l'injection de quantités élevées de lobe antérieur d'hypophyse, ancune action nocive sur la sécrétion ovarienne n'a été notée, mais il faut cependant tenir compte de ce qu'il s'agit d'un mélange d'hormones multiples, dont l'activité peut être différente de celle exercée par le lobe hypophysaire antérieur isolé.

Dans un cas où, en l'absence d'un autre donneur, 500 cmc de sang de femme enceinte fnrent transfusés à un homme, la réaction urinaire demeura négative.

Chez les femmes enceintes, à qui 350 à 550 cmc de sang veineux ont été retirés pour être transfusés, la réaction urinaire demeure positive sans modification.

Ainsi, les recherches montrent qu'une masse notable de lobe antérieur hypophysaire brusquement déversée dans la circulation détermine l'apparition d'une réaction urinaire positive. La constatation de cette réaction au cours des phénomènes ménopausiques, chez les femmes aménorrhéiques ou castrées, ainsi que chez celles qui présentent des tumeurs malignes ou bénignes, a donc une importance qu'on ne doit pas négliger.

G. Dreyfus-Sée.

U. Friedmann et H. Deicher. *Recherches expérimentales sur l'hépatothérapie* (*Deutsche medizinische Wochenschrift*, tome LVI, n° 13, 28 Mars 1930). — Pour étudier expérimentalement le mode d'action de l'hépatothérapie des anémies, F. et D. se sont servis des rats chez qui ils déterminaient, par splénectomie, une anémie de Bartonelle, cliniquement analogue à l'anémie pernicieuse humaine.

La substance efficace en thérapeutique n'a pas paru exister dans les extraits hépatiques, alors que le foie de veau faisait nettement régresser les symptômes.

Si, véritablement, les extraits ont chez l'homme la même action que la glande fraîche, ce que, d'ailleurs, certains travaux récents paraissent mettre en doute, il faudrait en conclure que la substance active du foie est différente pour l'anémie pernicieuse humaine, et pour l'anémie expérimentale du rat.

Sans pouvoir fournir à ce point de vue d'arguments décisifs, il est cependant intéressant de noter que les extraits de foie qui fournissent cliniquement les meilleurs résultats, sont également ceux qui se sont montrés les moins inactifs lors des essais expérimentaux. G. Dreyfus-Sée.

M. Reichardt. *A propos des soi-disant névroses* (*Deutsche medizinische Wochenschrift*, tome LVI, n° 20, 16 Mai 1930). — Sous le vocable « névrose », on réunit encore actuellement deux conceptions opposées : l'une ancienne, d'après laquelle ce terme désigne une véritable maladie, l'autre, actuelle, psychopathologique, qui considère la névrose comme la réaction organique d'un conflit psychique. Primitivement, il s'agissait d'une affection physique, endocrino-végétative, dont l'origine pouvait se trouver aussi bien dans les viscères que dans le système nerveux central régulateur du fonctionnement endocrino-végétatif ; ces cellules centrales pouvant, d'ailleurs, être stimulées également par une influence psychique, et déterminer des réactions analogues à celles dues aux troubles d'origine viscérale.

Actuellement, la conception psychologique domine exclusivement, mais cependant, on admet encore que certaines névroses puissent avoir un substratum anatomique et, en particulier, endocrino-végétatif, et, par conséquent, constituent de véritables maladies.

Un tableau clinique identique est donc susceptible de relever de faits constitutionnellement différents, et il est indispensable, pour éviter les confusions, de ne pas désigner ces deux groupes étiologiquement dissemblables, par le même nom de « névroses », qui pourrait être réservé à l'un ou à l'autre.

L'avis de R. serait, d'ailleurs, de supprimer tout à fait ce terme vague, propre à masquer l'ignorance. Le médecin, se satisfaisant de ce diagnostic incomplet, risque de laisser échapper une lésion organique réelle, et qui serait curable par une thérapeutique appropriée. G. Dreyfus-Sée.

MÜNCHENER MEDIZINISCHE WOCHENSCHRIFT

(*Munich*)

A. Schulten. *Le traitement des anémies avec hypohémoglobinémie par les doses fortes de fer* (*Münchener medizinische Wochenschrift*, t. LXXVII, n° 9, 28 Février 1930. — La lente régénération dans nombre de cas d'anémie pourrait être accélérée et intensifiée de façon constante par l'administration de fer sous forme de fer réduit, à condition de ne pas craindre d'augmenter les doses jusqu'à effet. Pour cela il faut parfois arriver à 6 gr. et davantage : ces doses élevées sont d'ailleurs parfaitement tolérées lorsqu'elles sont administrées de façon fractionnée (par pilules de 0 gr. 2).

Dans la chloro-anémie achylique (Kaznelson), qui constituerait une affection autonome, les résultats de la médication ferrique demeurent également satisfaisants en augmentant les doses jusqu'à 10 gr. de fer réduit.

Les doses maxima de fer paraissent donc utiles dans la thérapeutique des divers types d'anémies : chlorose, chloro-anémie achylique et anémie consécutive aux hémorragies.

Une observation et 2 courbes montrent les résultats obtenus. G. Dreyfus-Sée.

J. Becker *Hémostase par le rouge congo* (*Münchener medizinische Wochenschrift*, tome LXXVII, n° 10, 7 Mars 1930. — Au cours de recherches expérimentales plusieurs auteurs ont noté l'action des injections de solutions colorantes neutres sur la coagulation sanguine.

Pensant qu'il s'agissait d'une influence sur l'appareil protecteur réticulo-endothélial, B. a injecté, au cours d'hémorragies d'étiologies diverses, des doses minimes de rouge congo chimiquement inactif et a noté les mêmes modifications de la coagulation avec augmentation numérique du taux des thrombocytes.

Ces faits confirment l'hypothèse d'une excitation déterminée par la solution colorante agissant comme corps étranger et aboutissant à l'augmentation de thrombokinase activant le thrombogène et favorisant ainsi la coagulation.

Sans aucun incident il a été possible d'utiliser le rouge congo neutre comme hémostatique dans divers cas, et on peut le considérer comme un médicament antihémorragique susceptible de rendre des services. G. Dreyfus-Sée.

A. Sack et R. Amersbach. *La signification des réactions du sperme humain vis-à-vis des substances colorantes au point de vue de l'appréciation de la stérilité masculine* (*Münchener medizinische Wochenschrift*, tome LXXVII, n° 10, 7 Mars 1930). — Le procédé actuel, qui consiste à vérifier le nombre et la mobilité des spermatozoïdes pour apprécier le pouvoir fécondant d'un sujet, est notoirement insuffisant. Rien ne prouve, en effet, que les facultés reproductrices soient parallèles aux facultés locomotrices des spermatozoïdes, de telle sorte que si un résultat négatif, absence de spermatozoïdes, conserve sa valeur, par contre, leur présence même abondante et leur mobilité ne peuvent être considérées comme des preuves certaines de leur activité germinative. Il est possible, en effet, que des éléments spermatiques altérés puissent conserver leur agilité pendant un certain temps. Or, il serait intéressant au premier chef de savoir reconnaître l'altération de ces éléments devenus incapables de féconder l'ovule.

C'est sur ce point qu'ont porté les recherches de S. et A. Elles n'ont, jusqu'ici, pas encore abouti, et les auteurs se contentent, dans cette communication préalable, d'indiquer quelques-unes des difficultés techniques dues à la constitution spéciale du spermatozoïde et à son mode de réaction vis-à-vis des colorants.

Ces obstacles techniques incitent à faire participer à ces travaux des chercheurs au courant des méthodes de laboratoire et connaissant bien les divers colorants, et c'est dans ce but que S. et A. ont cru devoir publier leur hypothèse.

G. Dreyfus-Sée.

A. Krumeich. *Observations sur la maladie appelée psittacose* (*Münchener medizinische Wochenschrift*, tome LXXVII, n° 10, 7 Mars 1930) — Actuellement, le rôle des perroquets dans cette affection n'est prouvé que par leur présence dans des milieux dans lesquels plusieurs cas se sont déclarés. Cependant, ni la découverte du germe, ni la description des circonstances étiologiques n'ont apporté la preuve de leur responsabilité.

Pour être en droit d'isoler une affection spécifique, il faudrait, à défaut d'une étiologie certaine, être en présence d'un tableau clinique typique.

K. publie 4 observations de psittacose et, les comparant aux cas antérieurement observés, conclut que, ni les signes cliniques isolés, ni leur groupement ne permettent de décrire un syndrome clinique spécifique de la psittacose.

En particulier, cliniquement, hématologiquement, et même anatomo-pathologiquement, rien ne différenciait ces syndromes de la grippe.

G. Dreyfus-Sée.

E. Becher. *Quelles conclusions diagnostiques peut-on tirer des différences notables entre les résultats des réactions d'indican et de xanthoprotéine ; nouvelle classification de l'urémie* (*Münchener medizinische Wochenschrift*, tome LXXVII, n° 11, 14 Mars 1930). — La règle générale du parallélisme de la réaction d'indican dans le sérum et du taux des xantho-protéines sériques comporte de notables exceptions. On n'observe, certes, jamais de grandes quantités d'indican correspondant à une valeur xantho-protéique appréciée au colorimètre, normale ou peu augmentee, mais, par contre, un taux élevé de xantho-protéines, opposé à une faible teneur en indican, peut se rencontrer.

Dans le domaine de l'urémie vraie, il est un groupe où le phénomène paradoxal parait assez fréquent, c'est l'ensemble des cas avec acidose et respiration ample et profonde.

Dans l'urémie vraie, il est encore possible de différencier d'autres sous-groupes. Outre la forme avec acidose, rétention et respiration type Küssmaul, on peut encore distinguer les cas avec augmentation prédominante des produits de désintégration albuminoïde dans le sang. Ces faits se rencontrent d'ailleurs surtout parmi les néphrites aiguës plus que dans l'urémie.

Une dernière classe de faits comprend les cas avec intoxication par les produits d'origine intestinale : les valeurs d'indican et de xantho-protéine sont alors très augmentées; on note aussi des symptômes dyspeptiques graves.

Un certain nombre de cas intermédiaires dans lesquels dominent soit l'augmentation de la désintégration albuminoïde, soit les modifications du milieu ionique, demeurent difficiles à délimiter.

D'ailleurs, en règle générale, il y a combinaison de ces divers groupes et seule la prédominance de l'un des syndromes permet la classification.

L'augmentation du taux xantho-protéique au colorimètre correspondant à l'absence d'élévation de la quantité d'indican est caractéristique d'insuffisance hépatique et se montre au maximum dans l'atrophie jaune aiguë du foie. Le taux considérable de xantho-protéines est alors secondaire à l'accroissement des acides aminés aromatiques.

G. Dreyfus-Sée.

M. Behrend. ***Douleur dans la fosse iliaque gauche, signe unique d'une appendicite malgré une position normale de l'appendice*** (*Münchener medizinische Wochenschrift*, tome LXXVII, n° 11, 14 Mars 1930). — B. relate 3 observations de sujets opérés pour un syndrome douloureux abdominal gauche, qui présentaient, lors de l'intervention, une collection suppurée siégeant à distance de l'appendice (fosse iliaque gauche, Douglas) et cependant dont le point de départ était dans l'appendice, chroniquement enflammé, source d'émigration des bacilles et des toxines. L'histoire clinique appendiculaire avait été très fruste, et même à l'intervention l'appendice scléreux ne présentait plus de lésions aiguës évolutives.

Ces faits ainsi interprétés amènent B. à préconiser l'appendicectomie dans tous les cas de syndromes inflammatoires aigus abdominaux inexpliqués, même alors que la douleur siège à distance.

G. Dreyfus-Sée.

E. Rabau. ***Recherches pratiquées à l'aide du photomètre gradué. Réaction de mère et enfant; réaction de grossesse*** (*Münchener medizinische Wochenschrift*, tome LXXVII, n° 12, 21 Mars 1930). — Dans un travail antérieur, Zangemeister a affirmé qu'il existait des réactions sériques spécifiques décelables en examinant au photomètre les sérums des parents et des enfants. L'organisme serait susceptible de produire des anticorps spéciaux vis-à-vis des albumines hétérogènes de même espèce provenant d'un autre individu.

Au cours de la grossesse il se produirait ainsi dans le sérum maternel des anticorps de cet ordre, spécifiquement adaptés vis-à-vis du produit de conception et vis-à-vis des albumines normales maternelles et paternelles.

Grâce au photomètre de Zeiss, qui permet d'apprécier de très minimes différences dans la clarification d'une dilution, il serait possible de mesurer la quantité d'albumine précipitée dans un mélange de sérum de l'enfant et de l'un de ses parents. La réaction serait ainsi applicable à des recherches de paternité.

R. a employé la méthode de Zangmeister, que lui a enseignée l'auteur lui-même, et cependant ses résultats ne confirment nullement ceux de l'initiateur de la méthode.

Pour éviter toute cause d'erreur, il a contrôlé le sang de la mère et celui de l'enfant au moment de la naissance en se servant comme témoin du mélange de sang d'une femme avec un enfant étranger.

L'éclaircissement était appréciable dans la plupart des mélanges observés, mais les témoins présentaient une réaction sensiblement analogue.

Le phénomène apparaît donc à R. comme non spécifique et son mécanisme ainsi que sa signification restent à expliquer.

Sur le conseil de Zangmeister, R. avait également pratiqué le mélange d'un extrait placentaire avec du sérum de femme enceinte, sans obtenir de résultats applicables au diagnostic de la grossesse.

G. Dreyfus-Sée

W. Zangemeister. *Observations sur l'article précédent.* — **E. Krieger.** ***Réponse au travail de Rabau*** (*Münchener medizinische Wochenschrift*, tome LXXVII, n° 12, 21 Mars 1930). — Zangemeister et son élève Eva Krieger, répondant à l'article dans lequel Rabau critique leur méthode, soutiennent que les résultats de cet auteur sont vraisemblablement erronés par faute de technique, car eux-mêmes ont contrôlé maintes fois leur réaction, et l'examen systématique des témoins, qu'ils n'ont jamais négligé, leur a toujours confirmé la spécificité des phénomènes d'éclaircissement.

Ils n'admettent pas non plus l'interprétation de Rabau qui considère qu'il s'agit d'un phénomène de précipitation. Selon eux le photomètre permet d'apprécier le nombre et les dimensions des particules albuminoïdes, et l'éclaircissement photométrique du mélange répondrait à une diminution de taille, voire même à une disparition de certaines de ces particules.

Les auteurs complètent leur réponse par des courbes montrant l'évolution de la réaction chez les sujets à étudier et chez les témoins, et annoncent qu'ils développeront leurs résultats au cours de publications ultérieures.

G. Dreyfus-Sée.

E. Lendel. ***Diagnostic précoce du carcinome par l'interférométrie*** (*Münchener medizinische Wochenschrift*, tome LXXVII, n° 12, 21 Mars 1930). — L'étude systématique de la méthode dans les carcinomes au début montre que, du fait d'une faible destruction cellulaire à ce stade, les résultats sont trop souvent douteux ou négatifs et le pourcentage de résultats positifs de 70 pour 100 trouvé dans les carcinomatoses en général est loin d'être atteint ici.

Ainsi, dans les cancers gastriques, on trouve 87 pour 100 de réactions positives alors que les sujets normaux fournissent 7 réactions positives sur 20. Surtout le seuil de la réaction positive, notablement plus élevé chez les cancéreux que chez les sujets normaux, reste proche de celui des sujets atteints d'affection non cancéreuse de l'estomac.

Les résultats sont plus douteux encore lorsqu'il s'agit de carcinose intestinale.

Ils sont meilleurs pour le cancer du sein, mais moins nets lors des cancers cutanés.

Les rares cas de néoplasmes laryngés et ganglionnaires étudiés n'ont pas fourni non plus de résultats satisfaisants.

Dans l'ensemble, les résultats de la réaction pour le diagnostic précoce du carcinome sont mauvais, et ces échecs sont explicables par les modalités évolutives du carcinome au début.

G. Dreyfus-Sée.

KLINISCHE WOCHENSCHRIFT

(*Berlin*)

A. Loewy et W. Behrens, ***Contribution à l'alimentation par les crudités*** (*Klinische Wochenschrift*, tome IX, n° 9, 1er Mars 1930). — L, et B. considèrent que le régime de crudités peut être utile dans certaines maladies bien définies : constipation atonique, certaines diarrhées chroniques, affections du rein, hypertension, diabète, goutte, obésité et certaines maladies de la peau, mais qu'il ne saurait être conseillé en principe chez les individus sains. Ils reconnaissent, en outre, que, jusqu'ici, on n'a pas étudié cette question d'une manière tout à fait scientifique pour déterminer la quantité de calories qui peuvent être administrées sous cette forme et comment ces calories sont utilisées par l'intestin.

Ils ont eu l'occasion de faire ces recherches sur 7 personnes. Le régime a pu être suivi pendant 5 jours par 4 personnes; pendant 4 jours par 2 et pendant 3 jours par 1. L'alimentation a consisté en bananes, noix, son, carottes, choux frisés, salades, épinards, céleri et pommes. On a préparé également des mets particuliers; notamment de la « purée Bircher » composée de pommes, de flocons d'avoine, de noix, de miel. L'entremets I est composé de farine d'avoine, de noix, de raisins secs et de miel. L'entremets II est composé de flocons d'avoine, de noix, de miel et d'amandes. Ces mets sont additionnés de jus de citron.

Les quantités de calories administrées ont varié de 1469 à 1654. Le pouvoir de saturation de ce régime n'est pas mauvais puisque celui des fruits ne s'élève qu'à 700 ou 1000 calories. Néanmoins, les calories administrées ont été insuffisantes surtout pour 3 personnes qui avaient un poids inférieur à la normale. D'ailleurs, au cours de ces épreuves, le poids a diminué d'un kilo chez chacune de ces personnes.

L'utilisation des aliments a été mesurée en évaluant le pouvoir calorifique des selles. Le poids des selles sèches a varié de 45 à 82 gr. par jour, c'est-à-dire environ le triple de ce qui s'observe quand l'alimentation est bien utilisée. D'autre part le pouvoir calorifique a dépassé 6 calories par gramme, tandis que, normalement, ce pouvoir n'est que de 4,5 à 5,5. Chez une des personnes, cependant, ce pouvoir n'a atteint que 5,6 calories par gramme.

Ces chiffres sont naturellement à déduire des calories ingérées, ce qui fait que, dans 5 cas, on est arrivé à un total de 997 à 1169 calories et dans 2 cas, à 1200 ou 1300 calories utilisées, ce qui représente moins de 1 calorie par heure et par kilo, chiffre inférieur au besoin de l'organisme au repos complet.

P.-E. Morhardt.

Giovani dell'Acqua et Berta Aschner. ***L'influence de la position du corps sur les tachycardies nerveuses et hyperthyroïdiennes*** (*Klinische Wochenschrift*, t. IX, n° 9, 1er Mars 1930). — Tandis que certains auteurs affirment que la labilité du pouls est une des caractéristiques de la maladie de Basedow, pour d'autres, au contraire, cette labilité est observée dans les névroses surtout. Aucune recherche précise n'a d'ailleurs été faite sur ce point jusqu'ici. D. A. et A. ont donc procédé à des recherches sur 137 cas d'hyperthyroïdisme, 73 cas de névrose et 9 cas de névrose associée à un état d'hyperthyroïdisme. Chez tous ces malades, on a d'abord étudié le comportement du pouls dans le décubitus et dans la station debout. En cas d'hyperthyroïdie, on a constaté des différences faibles et dans 10 pour 100 des cas un pouls un peu plus rapide dans le décubitus que debout. Cependant dans 79 cas (58 pour 100) le pouls était plus rapide debout que couché, la différence maxima observée étant de 16 pulsations par minute.

Dans les névroses, la différence observée a été beaucoup plus grande. Dans 1 seul cas, le pouls était plus rapide couché que debout, et la plus grande différence observée a été de 68 pulsations par minute.

En calculant la moyenne des différences trouvées, d. A. et A. ont obtenu 4,82 en cas d'hyperthyroïdie et 25,3 en cas de névrose. Dans le chiffre ainsi obtenu, il faut considérer que le sens de la différence n'est pas pris en considération. S'il l était, les résultats donnés différeraient encore bien davantage. Ces différences sont si nettes que d A. et A. se demandent si, dans les cas douteux, elles ne pourraient pas

être prises en considération pour préciser le diagnostic.

Le phénomène de Erben, le réflexe oculo-cardiaque, l'arythmie respiratoire ont été beaucoup plus fréquents chez les névrosés que chez les hyperthyroïdiens. Dans les cas de névrose également, le phénomène de Ruggieri (ralentissement du pouls sous l'influence de la convergence maxima des yeux) a été souvent négatif.

P.-E. Morhardt.

Hermann Bernhardt. *La signification de l'hypophyse pour le métabolisme* (*Klinische Wochenschrift*, tome IX, n° 9, 1er Mars 1930). — En administrant de la poudre de thyroïde, on détermine chez les myxœdémateux une élévation du métabolisme de base et de l'effet spécifique dynamique. Chez les individus sains, le même effet n'est observé que dans un certain nombre de cas. Chez les autres, il faut atteindre la dose de 60 centigr. de poudre de thyroïde pour élever à coup sûr le métabolisme de base Chez des obèses dont le métabolisme a été étudié pendant 10 jours et n'a pas présenté de modifications au cours de cette période, on constate, sous l'influence de ce médicament, tout d'abord une augmentation du métabolisme de base, puis des symptômes généraux et une accélération du pouls qui conduit à admettre une hyperthyroïdie réactive. Selon B., la thyroxine n'agit comme la poudre de thyroïdine, qu'en injections sous-cutanées. Par la bouche, ce médicament a une action beaucoup plus irrégulière.

Avec les préparations de lobe antérieur de l'hypophyse (préphyson), on observe, à condition que le médicament ait été pris pendant 15 jours, une diminution du métabolisme de base sans modification de l'effet spécifique dynamique chez un individu normal sur 3. Dans les autres cas, il n'y a pas d'action. Chez les obèses, le métabolisme de base baisse dans ces conditions, en même temps que l'effet spécifique dynamique s'élève. En cas de maladie de Basedow, ce même médicament abaisse également le métabolisme de base et améliore l'état général en même temps qu'il augmente le poids.

En cas de maigreur hypophysaire, le préphyson donné pendant 3 à 4 semaines augmente les échanges ainsi que l'effet spécifique dynamique. Ainsi, pour connaître l'effet des médicaments de ce genre, il faut les administrer à des individus sains et aussi à des malades. En tous cas, il est certain que le lobe antérieur de l'hypophyse a des relations étroites avec le métabolisme et peut le modifier dans diverses conditions.

Dans la maladie de Simmond, le préphyson est considéré par B. comme un bon médicament. Cette maladie n'est d'ailleurs pas si rare qu'on le dit. Chez les obèses avec un métabolisme de base élevé, les préparations de lobe antérieur abaissent le métabolisme tandis qu'elles l'élèvent en cas de cachexie hypophysaire. Il semble à B. que le prolan a des effets analogues au préphyson.

B., a eu l'occasion d'observer 3 femmes qui présentaient toutes l'apparence de la maladie de Basedow (goitre vasculaire, tachycardie, exophtalmie, sueurs profuses, chute de cheveux, amaigrissement, tremblement, diarrhée) mais dont le métabolisme de base était abaissé. Dans 1 cas, il y avait une tumeur de l'hypophyse qui fut traitée avec succès au moyen des rayons Rœntgen. Dans les 2 autres cas il y avait des modifications du métabolisme de l'eau et des sels et une fois diabète insipide. Dans ces 2 cas le préphyson a donné de bons résultats. Chez une de ces 2 malades cependant, on observa bientôt les signes d'une tumeur d'une parathyroïde (ostéite fibreuse).

Ainsi, les extraits de lobe antérieur témoignent, selon B., d'un pouvoir absolument exceptionnel de rendre normal le métabolisme quand il a été troublé dans un sens ou dans l'autre. Au point de vue thérapeutique, B. recommande dans les obésités centrales, notamment hypophysaires, la combinaison de petites doses de poudre de thyroïde (10 centigr. 2 fois par jour) avec de fortes doses d'extrait de lobe antérieur (3 à 6 tablettes par jour de préphyson). Avec cette combinaison, il obtient des résultats que ni l'un ni l'autre des deux médicaments ne donnent isolément.

P.-E. Morhardt.

Rudolf Rittmann et Fritz Schneider. *Un nouveau médicament dans la therapeutique rénale* (*Klinische Wochenschrift*, t. IX, n° 9, 1er Mars 1930). — En recherchant dans les vieilles pharmacopées des médicaments actifs dans les affections du rein, un des auteurs de ce travail a eu l'idée de poursuivre des études sur la salsepareille. Il a isolé de la racine de cette plante une substance qui a donné les résultats suivants.

Sur une trentaine de malades, atteints d'affections du rein pas trop graves, on a constaté, sous l'influence de ce médicament, une diminution de l'azote restant du sang dont le taux finissait par revenir à la normale au bout de 3 à 5 semaines, de telle sorte qu'on pouvait recommencer à donner un peu de viande chaque jour. Un seul cas est resté réfractaire. Il y a cependant lieu de se demander si des saignées pratiquées chez un malade n'ont pas également aidé à obtenir ces bons effets. Chez des individus à fonctions rénales normales, on a constaté également un abaissement de l'azote restant sous l'influence du médicament. Dans quelques cas, il a été constaté que chez les néphritiques, la suppression du médicament permettait à l'azote restant de remonter, alors qu'une nouvelle administration du medicament le faisait baisser de nouveau.

La pression du sang n'a pas été influencée. Parfois même elle s'est légèrement élevée. Cet extrait de salsepareille n'exige pas, comme les diurétiques une grande proportion de boisson, ce qui est un grand avantage dans les affections du rein. Le poids spécifique de l'urine n'a pas été sensiblement modifié.

Il est administré au début, par jour, 6 capsules de 40 centigr. et plus tard, seulement 3 capsules par jour. A ces doses, ce médicament n'a eu aucun inconvénient On peut se demander s'il ne permettra pas, tant son action est énergique, d'étudier chez l'organisme normal quels troubles provoque un abaissement trop marqué de l'azote restant du sang.

P.-E. Morhardt.

ZENTRALBLATT für CHIRURGIE
(Leipzig)

Payr (Leipzig). *Réflexions et observations sur la question des thromboses et embolies* (*Zentralblatt für Chirurgie*, tome LVII, n° 16, 19 avril 1930). — Il est hors de doute que la fréquence des thromboses post-opératoires, et plus encore des embolies pulmonaires, a augmenté d'une façon impressionnante depuis une dizaine d'années. A la clinique de P. la mortalité par embolie a varié, depuis 1920, de 0,5 à 3,5 pour 100 des morts opératoires, avec un maximum de 4,7 pour 100 en 1924, et elle a presque atteint 6 pour 100 en 1929; dans d'autres cliniques, la proportion s'est élevée à 13,5 pour 100.

Cette augmentation de fréquence a été observée, non seulement par les chirurgiens, mais aussi par les médecins et les accoucheurs. Les thromboses et embolies restent cependant particulièrement fréquentes chez les opérés : une statistique de l'hôpital de Chemnitz (Martini) indique 66 morts par embolie sur 29.000 opérés et 24 seulement sur 22.000 malades non opérés. D'après la même statistique, 86 pour 100 des embolies mortelles s'observent à la suite d'opérations sous-diaphragmatiques, en particulier d'interventions pour tumeurs malignes. D'autre part, P. n'a jamais vu, en dix ans, un seul cas d'embolie à la suite d'interventions aseptiques sur le membre inférieur.

Les causes de cette augmentation de fréquence des thromboses et embolies restent obscures. Parmi elles, P. signale l'influence possible des épidémies de grippe, de la vie urbaine avec ses vapeurs nocives pour la circulation et le poumon, de l'abus des injections intraveineuses et des médications variées que l'on emploie aujourd'hui chez les opérés et « dont l'action pharmaco-dynamique n'est peut-être pas indifférente », enfin de l'augmentation de fréquence des varices, lesquelles sont un facteur de thrombose.

Est-il possible de diagnostiquer précocement le début de la thrombose post-opératoire? C'est là une question de grande importance pratique L'élévation du pouls et de la température sont des symptômes habituels, mais sans grande signification. P. insiste beaucoup sur ce fait que la majorité des thromboses du membre inférieur sont ascendantes et débutent par la semelle veineuse plantaire, puis par les veines tibiales postérieures: l'existence d'une douleur à la partie interne du pied, en avant du calcanéum, sous la malléole interne, ou dans la gouttière rétromalléolaire interne, est donc un bon signe précoce de thrombose; de même la douleur provoquée par la flexion dorsale du pied qui comprime les veines profondes du mollet.

La thrombose des veines du bassin se traduit cliniquement par des troubles pseudo-hémorroïdaires, une sensibilité de l'anus, de la rétention d'urine, des douleurs provoquées par le toucher rectal ou vaginal.

Au point de vue prophylactique, il faut insister avant tout sur la mobilisation active et passive des membres inférieurs, en particulier des pieds (pour éviter la stase dans les réseaux plantaires) : ce que P. appelle « la promenade dans le lit ».

P. attache une telle importance à l'existence de varices comme cause de thrombose post-opératoire, qu'il en est arrivé à faire systématiquement leur extirpation ou, au moins, la ligature bilaté ale de la saphène interne, 8 ou 10 jours avant l'intervention principale.

Une fois la thrombose constituée et reconnue, il préconise la chaleur, les enveloppements dans des compresses imbibées d'alcool ou bien les applications de moutarde, les sangsues. Contrairement aux habitudes, il condamne l'élévation du membre et conseille de le laisser à plat et de relever le tronc.

Mais, lorsqu'il y a réellement menace d'embolie ou même déjà manifestations de petites embolies, le traitement héroïque, le seul réellement efficace, consiste dans la ligature de gros troncs veineux en zone saine : V. fémorale, iliaque externe, ou même primitive, telle que l'ont préconisée Rosenstein et Marten. « A l'avenir, en cas de douleur plantaire, de léger œdème au côté interne du mollet, si surviennent de petits signes d'embolie, tels qu'un point de côté ou une élévation brusque de la température, je me déciderai volontiers à la ligature » De même, si l'on vient à diagnostiquer une thrombose des veines pelviennes, il faut lier la veine hypogastrique.

Ch. Lenormant.

Weil (Breslau). *Lésions du squelette dans la fièvre ondulante de Bang* (*Zentralblatt für Chirurgie*, tome LVII, n° 21, 24 mai 1930). — Les travaux de Kristensen, au Danemark, ont montré la relative fréquence des infections humaines par le bacille de Bang qui provoque l'avortement épizootique des bêtes à cornes. L'infection se fait par la traite des vaches malades, par des manipulations vétérinaires et surtout par l'absorption de lait cru. La maladie évolue sous forme d'une fièvre ondulante, sans localisation particulière, durant des semaines ou des mois et simulant la fièvre typhoïde. Kristensen a recueilli 80 observations de cette maladie à Copenhague. D'autres cas ont été

publiés en Suède, en Hollande et en Allemagne. La preuve de la spécificité de la maladie a été apportée par la séro-agglutination.

Or, cette affection ressemble beaucoup cliniquement à la fièvre méditerranéenne, et bactériologiquement le bacille de Bang est très voisin du micrococcus melitensis de Bruce. On sait la fréquence des localisations ostéo-articulaires de la fièvre méditerranéenne. On peut donc prévoir que des complications analogues puissent s'observer dans l'infection par le bacille de Bang.

En fait, il a été publié, au Danemark, 2 cas de spondylite consécutive à la maladie de Bang; et W. en rapproche le fait suivant :

Homme de 41 ans, ayant eu au printemps de 1929 une infection par le bacille de Bang vérifiée par la séro-agglutination. la fièvre a duré 3 semaines. 3 semaines après la guérison et sans reprise de la fièvre, gonflement douloureux du dos du pied avec coloration bleuâtre de la peau, qui persiste malgré les moyens physiques et l'immobilisation plâtrée. La séro-agglutination est toujours fortement positive. L'articulation tibio-tarsienne est libre ; il y a de la raideur dans l'articulation tarso-métatarsienne. La radiographie montre de l'atrophie osseuse et une disparition des fentes articulaires entre les cunéiformes et les métatarsiens. En février 1930, le gonflement a disparu et l'aspect clinique et radiographique est redevenu normal.

Ch. Lenormant.

THE BRITISH MEDICAL JOURNAL

(*Londres*)

A. Dingwall-Fordyce. *Le rôle de la syphilis latente dans le rhumatisme articulaire aigu de l'enfance* (*The British medical Journal*, n° 3611, 22 Mars 1930). — D. a observé dans 9 cas de rhumatisme rebelle de l'enfant, s'accompagnant d'endocardite, une réaction de Wassermann positive, sans aucun autre signe de syphilis. Il suggère qu'une infection syphilitique latente pouvait être, dans certains cas, un facteur de gravité du rhumatisme articulaire. Les résultats du traitement spécifique n'ont pas été très brillants cependant. D'autre part, une réaction de Wassermann isolée n'est pas admise à l'heure actuelle comme un signe certain de syphilis. Ce qui ne doit pas nous permettre de suivre l'auteur dans ses conclusions.

R. Rivoire.

W. King. *Les infections rhino-pharyngiennes sont-elles un facteur étiologique de la fièvre puerpérale* (*The British medical Journal*, n° 3611, 22 Mars 1930). — Depuis longtemps, il est prouvé que la fièvre puerpérale ne survient pas toujours à la suite d'une faute d'asepsie : on a cherché à expliquer l'apparition de ces infections streptococciques soit par une réceptivité spéciale vis-à-vis de ce germe, soit par la présence de streptocoques vivants en saphrophytes sur le col utérin. Mais les recherches bactériologiques et les cuti-réactions à la toxine streptococcique n'ont pas confirmé ces hypothèses.

Beaucoup plus vraisemblable et plus intéressante, beaucoup plus simple aussi, est l'idée de K. : pour lui, les infections streptococciques sont transmises à la malade par le médecin ou l'accoucheuse, qui sont atteints d'une infection streptococcique atténuée ou latente du rhino-pharynx.

On connaît bien maintenant la fréquence des porteurs de germes sains, qui véhiculent dans leur pharynx des streptoooques hémolytiques : il est certain que ce mode de contagion est fort vraisemblable, puisque, à l'inverse des chirurgiens, les accoucheurs n'ont pas encore adopté le masque protecteur. Ceci explique en outre le fait bien connu : la fréquence deux fois plus grande des infections puerpérales à streptocoque en hiver, saison des affections rhino-pharyngiennes.

K. a recherché dans 24 cas d'infection puerpérale s'il existait des porteurs de germes dans l'entourage, notamment dans le personnel soignant : cette recherche a été positive dans tous les cas.

De même, toutes les épidémies de fièvres puerpérales ont été arrêtées net par l'expulsion des sages-femmes porteuses de germes, et par le port obligatoire d'un masque de gaze. En outre, depuis 7 mois que cette mesure a été appliquée systématiquement dans une maternité, *aucun cas* d'infection streptococcique n'y a été observé.

Il semble bien qu'il s'agisse là d'un fait fort intéressant qui demande confirmation, mais qui d'ores et déjà devrait inciter les accoucheurs consciencieux à imiter les chirurgiens en portant un masque de gaze.

R. Rivoire.

K. Heritage et O. Wart. *L'urographie excrétoire; note préliminaire sur une nouvelle méthode d'exploration radiologique de l'arbre urinaire* (*The British medical Journal*, n° 3615, 19 Avril 1930). — Depuis que Graham a réussi à rendre la vésicule biliaire opaque aux rayons X par l'ingestion de phénolphtaléine iodée, de nombreux auteurs ont essayé d'étendre sa méthode à l'exploration des voies urinaires. Mais, ce n'est que l'an dernier que Rosend obtint les premiers résultats intéressants, en utilisant des injections intraveinenses d'iodure de sodium et d'urée. Malheureusement, la technique de Rosend nécessitait l'emploi de doses de 38 gr. d'iode métalloïde. D'autre part, les résultats n'étaient pas extraordinaires. Un grand pas en avant fut fait par Swick, Rinz et Racth, qui préconisèrent le sélectan (une iodo-pyridine), en injection intraveineuse : les radiographies étaient meilleures, mais le produit était assez mal toléré. Une modification chimique de la drogue fut faite et l'on obtint l'*urosélectan*, qui donne des résultats équivalents, et qui est admirablement toléré.

On l'utilise à la dose de 40 gr., dissous dans 100 gr. d'eau distillée, et on l'injecte par voie intraveineuse. Des radiographies sont prises 10 minutes, 1/2 heure, 1 heure et 2 heures après l'injection, sans aucune compression. Si l'excrétion urinaire est normale, l'image du tube urinaire apparaît 1/2 heure après la piqûre.

Cette méthode doit être employée dans les cas où la pyélographie par voie urétérale est impossible, soit par suite du refus du malade, soit parce que l'uretère ne peut être remonté, soit lorsqu'il y a une forte hématurie. Les contre-indications sont l'azotémie (toujours faire un dosage d'urée avant l'injection), les néphrites aiguës, l'idiosyncrasie iodée.

En outre, cette méthode peut donner une idée sur l'état fonctionnel des reins, et dans cette voie il semble qu'un avenir brillant lui soit offert.

R. Rivoire.

P. J. Cammidge. *L'hypoglycémie chronique* (*The British medical Journal*, n° 3617, 3 Mai 1930). — Bien que l'hypoglycémie chronique soit regardée par la plupart des médecins comme une curiosité pathologique, elle est, pour C., fort loin d'être rare. Celui-ci a trouvé, en effet, un chiffre inférieur à 70 milligr., chez plus de 200 malades au cours des 5 dernières années. Malheureusement, les symptômes cliniques de l'affection sont très variables, de sorte que le diagnostic en est fort difficile; il n'est possible que si l'on a l'attention attirée sur la possibilité de cette maladie.

Cette hypoglycémie chronique est souvent héréditaire dans 35 pour 100 des cas environ. Mais l'hérédité n'est pas seule en cause et, dans la plupart des cas, l'auteur a mis en évidence l'existence d'un foyer infectieux latent : amygdalite, sinusite, otite moyenne, entérite. Cliniquement, dans un tiers des cas, l'hypoglycémie a été découverte par hasard ; dans les deux autres tiers, le malade se plaignait de symptômes variés qui ont fait penser à la posibilité d'hypoglycémie. Dans 32 cas, il s'agissait de vomissements cycliques de l'enfance ; 16 malades adultes avaient des vomissements bilieux par crises; 6 avaient des vomissements incoercibles au cours d'une grossesse. D'autres se plaignaient de maux de tête, neurasthénie, crises convulsives. Enfin, chez 53 pour 100 des malades, existait de la glycosurie, et de l'acétone dans 29 pour 100. Enfin, dans 1 cas seulement il s'agissait de cancer du pancréas, et c'est seulement dans ce cas qu'il y eut la preuve d'une lésion pancréatique à l'origine de cette hypoglycémie.

Le traitement est purement symptomatique : régime hyperglucosé. Les résultats en sont excellents ; les symptômes cliniques disparaissent rapidement.

R. Rivoire.

M. S. Schwartzman. *L'extrait de muscle dans le traitement de l'angine de poitrine et de la claudication intermittente* (*The British medical Journal*, n° 3618, 10 Mai 1930). — Le traitement de l'angine de poitrine par l'extrait de muscle a été proposé pour la première fois par S., d'Odessa, en 1927. Cette thérapeutique est basée sur l'hypothèse que les muscles sécrètent une substance antispasmodique qui pourrait diminuer le spasme cardiaque au cours d'une crise. Il est d'ailleurs bien connu que certaines crises angineuses disparaissent si le malade continue à marcher malgré sa douleur. Plusieurs auteurs ont signalé des améliorations remarquables à la suite d'un traitement par l'extrait musculaire. L'auteur cite 1 cas intéressant, mais ne donne pas encore ses résultats d'ensemble.

Etant donné l'analogie entre la crise d'angor et la claudication intermittente (qui est appelée par certains *angina cruris*), S. a essayé la même thérapeutique dans 3 cas de claudication intermittente, et les résultats furent remarquables.

De plus nombreux cas sont nécessaires avant de pouvoir fixer la valeur de cette thérapeutique nouvelle.

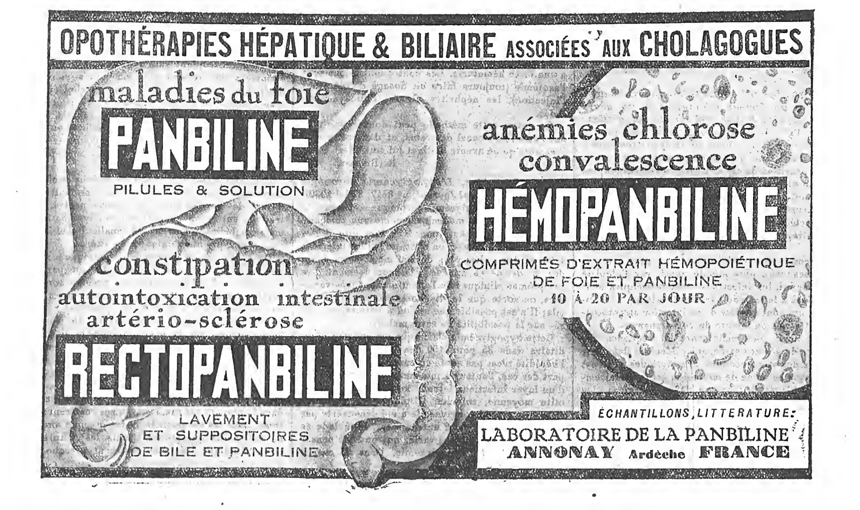
R. Rivoire.

E. R. Flint. *L'association de lésions vésiculaires et d'hépatite chez l'homme* (*The British medical Journal*, n° 3622, 7 Juin 1930). — F. a entrepris de vérifier la constance de l'hépatite associée aux lésions de la vésicule biliaire, en prélevant au cours de 34 interventions pour cholécystite des fragments de tissu hépatique dans les 2 lobes du foie, à distance de la vésicule. Les fragments examinés microscopiquement révèlent qu'il y a constamment des lésions plus ou moins marquées d'hépatite, non seulement en cas de cholécystite, mais même dans les cas où l'intervention montrait que la douleur abdominale n'était pas due à une lésion vésiculaire, mais à une appendicite ou à un ulcère digestif. C'est cependant au cours des cholécystites que ces lésions hépatiques sont le plus marquées.

Histologiquement, il s'agit de lésions probablement infectieuses, caractérisées par une infiltration de cellules rondes dans les espaces portes, infiltration centrée en général sur les lymphatiques, mais comprimant souvent les canalicules biliaires, qui ne sont pas histologiquement altérés.

Dans les cas où l'examen histologique a révélé une hépatite marquée, la palpation du pancréas au cours de l'intervention avait presque toujours révélé l'existence d'une pancréatite chronique, surtout localisée à la tête du pancréas : étant donné que le sang de cette portion du pancréas vient surtout de la gastro-duodénale, il semble bien que l'infection hépato-pancréatique se fasse par la voie de l'artère hépatique.

S. a cultivé ensuite avec les précautions usuelles des fragments de vésicule, de foie et de la bile, afin d'essayer de déceler le microbe en cause : dans la plupart des cas, les cultures restèrent négatives. Dans les cas positifs, ce fut presque toujours du colibacille qui poussa : mais les cultures du tissu hépatique lui-même restèrent presque tou-


OPOTHÉRAPIES HÉPATIQUE & BILIAIRE ASSOCIÉES AUX CHOLAGOGUES
maladies du foie
PANBILINE
PILULES & SOLUTION
anémies chlorose convalescence
HÉMOPANBILINE
COMPRIMÉS D'EXTRAIT HÉMOPOIÉTIQUE DE FOIE ET PANBILINE
10 À 20 PAR JOUR
constipation
autointoxication intestinale
artério-sclérose
RECTOPANBILINE
LAVEMENT ET SUPPOSITOIRES DE BILE ET PANBILINE
ÉCHANTILLONS, LITTERATURE:
LABORATOIRE DE LA PANBILINE
ANNONAY Ardèche FRANCE

jours négatives, ce qui tend à confirmer l'idée d'une infection hépatique à point de départ biliaire. La partie la plus intéressante du travail de F. est celle-ci : avant d'intervenir, il fit à chaque malade une épreuve de tolérance au levulose, afin de pouvoir se faire une idée précise sur la valeur de cette réaction pour apprécier l'insuffisance hépatique, en comparant les résultats à ceux de la biopsie hépatique. Ses conclusions sont extrêmement favorables à la réaction qui s'est montrée dans la grande majorité des cas remarquablement parallèle aux constatations biologiques. Il semble donc bien que l'épreuve de la tolérance au levulose ait une valeur beaucoup plus grande que celle qu'on lui attribue d'ordinaire en clinique. R. Rivoire.

SURGERY, GYNECOLOGY and OBSTETRICS *(Chicago)*

C. Eggers (New-York). ***Cancer de la portion thoracique de l'œsophage*** (*Surgery, Gynecology and Obstetrics*, tome L, n° 3, Mars 1930). — Enlever l'œsophage cancéreux pour obtenir une guérison radicale a toujours tenté les chirurgiens. Mais les insuccès ont été si nombreux qu'une pareille intervention n'est pas entrée dans la pratique, d'autant que dans les très rares cas où le malade a survécu à l'opération, les résultats éloignés ne paraissent guère encourageants. C'est ce qui ressort de l'histoire du malade d'Eggers, qui est le deuxième opéré de ce chirurgien qui ait survécu à l'opération.

Il s'agit d'une femme de 55 ans, atteinte depuis 7 mois de troubles de la déglutition, arrivés à un tel point qu'il avait fallu 2 mois auparavant pratiquer une gastrostomie pour pouvoir la nourrir.

L'examen œsophagoscopique montrait une ulcération commençant au niveau de la crosse de l'aorte; il s'agit d'un cancer pavimenteux infiltrant profondément la paroi musculaire; on ne constate pas de métastases

C. se décide à intervenir et, par une incision étendue à tout le 7e espace intercostal sur laquelle en est branchée une verticale sectionnant en arrière les 5e, 6e et 7e côtes, il ouvre largement le thorax et refoule le poumon rétracté. Incisant la plèvre médiastine sur le côté de l'aorte, il isole l'œsophage dans sa partie inférieure en disséquant plusieurs noyaux métastatiques, dont un au-dessous de la crosse aortique, remontant derrière elle et un autre situé à droite, adhérent à la plèvre du côté droit qu'il faut réséquer sur une certaine étendue.

L'œsophage, étant ainsi complètement mobilisé, est lié et sectionné au thermocautère, puis le bout inférieur invaginé dans l'estomac et maintenu par plusieurs sutures en bourse.

La plèvre est de nouveau incisée au-dessus de la crosse aortique, l'œsophage isolé dans la partie supérieure du médiastin en remontant vers le cou. Attirant alors l'œsophage en haut, E. ferme les incisions pleurales en reconstituant le médiastin.

Par une incision faite au cou sur le bord antérieur du sterno-mastoïdien, l'œsophage est amené à l'extérieur La cavité thoracique est alors complètement fermée avec drainage après que le poumon a été complètement gonflé.

E. avait l'intention de faire cheminer l'œsophage dans un tunnel sous-cutané jusqu'à la partie supérieure du thorax; mais la présence d'un petit noyau métastatique haut placé l'obligea à sectionner l'œsophage au cou et à le fixer là à la peau.

L'opération avait duré 2 h. 1/2; elle fut très bien supportée par la malade. Le 7e jour on réunissait l'orifice cervical à l'orifice de gastrostomie par un tube de caoutchouc grâce auquel la malade pouvait s'alimenter et déglutir normalement.

Malheureusement, moins de 4 mois plus tard, apparaissait au cou une tuméfaction paraissant bien un foyer de récidive. Quoique fort réduite par la radiothérapie pénétrante, cette lésion ne laisse pas que de rendre le pronostic bien sombre. M. Guibé.

A. C. Nickel et E. St.-Judd (Rochester). ***Cholécystite; étude bactériologique et expérimentale de 300 cas de vésicules biliaires enlevées chirurgicalement*** (*Surgery, Gynecology and Obstetrics*, tome L, 3 Avril 1930). — La majorité des vésicules biliaires enlevées chirurgicalement en cas de cholécystite aiguë ou subaiguë, contient des bactéries pathologiques; au contraire en cas de cholécystite chronique, la vésicule est généralement stérile.

Les microorganismes isolés sont d'après leur ordre de fréquence le *Streptococcus viridans*, des bacilles Gram-négatif et le staphylococcus.

Les cultures de vésicules framboise sont habituellement stériles à moins de complications.

On pourrait accuser l'emploi du tétiothaléinate de sodium N N R utilisé dans un but diagnostic d'avoir stérilisé la vésicule ; mais le temps écoulé entre l'absorption du médicament et la mise en culture a toujours été plus long dans les cas où la vésicule a été trouvée infectée que dans les cas de vésicule stérile.

Les streptocoques isolés de vésicules à grosses lésions ont une importance étiologique ; il est possible avec eux de reproduire la cholécystite et la cholélithiase chez les lapins dans les veines desquels on les injecte.

Le colibacille peut aussi avoir une action élective pour la vésicule biliaire ; on le rencontre habituellement associé au streptocoque, et il est fréquent dans les cas relativement aigus ou dans le cas de calculs du cystique ou du cholédoque.

Le staphylocoque ne paraît pas pathogène, au moins pour la vésicule biliaire des lapins auxquels on l'injecte en culture pure. M. Guibé.

E. Horgan (Washington). ***Hémangiome de l'utérus*** (*Surgery, Gynecology and Obstetrics*, t. L, n° 6, Juin 1930). — Les angiomes de l'utérus sont des lésions rares. H. qui en a réuni une vingtaine de cas les divise en angiomes caverneux vrais sur la paroi utérine, fibromyomes hémangiomateux, et hémangiomes télangiectasiques du pelvis.

Il relate un cas personnel se rattachant au premier groupe.

Il s'agit d'une femme de 46 ans arrivée à sa ménopause depuis près d'un an. Premier enfant à 19 ans; au deuxième, hémorragie de la délivrance. Une semaine après la naissance du troisième, à 23 ans, métrorragie soudaine et profuse ayant duré plusieurs jours.

A 24 ans, ablation des annexes du côté droit. A 28 ans, hémorragie profuse et subite ayant duré 5 jours et ayant nécessité un tamponnement. 3 ou 4 jours plus tard, nouvelle hémorragie analogue.

Nouvelle grossesse à 34 ans : 6 mois après l'accouchement, nouvelle métrorragie profuse.

Le 12 Décembre 1924, nouvelle métrorragie profuse suivie d'une hémorragie continue.

H. la voit le 1er Janvier 1925. A l'examen on constate un état anémique de la malade. Au toucher, utérus doublé de volume.

Intervention le 3 Janvier. Laparotomie; nombreuses adhérences très vasculaires de l'épiploon à la paroi antérieure de l'utérus et aux annexes. L'utérus montre une tumeur molle et lobulée dans sa paroi antérieure. Hystérectomie totale.

L'utérus, doublé de volume, présente dans sa paroi antérieure une tumeur de 5cm. de diamètre : sous le péritoine, saillies noires foncées ou violettes. A la section larges cavernes pleines de sang. La muqueuse est soulevée. Il existe un petit orifice faisant communiquer une de ces cavernes avec la cavité utérine.

Au microscope ces cavités sont limitées par une mince couche endothéliale tapissant des trabécules de tissu conjontif. Il s'agit d'un hémangiome caverneux de la paroi de l'utérus. M. Guibé.

Von Huth (Budapest) **et Fr. Lieberthal** (Chicago). ***La culture des bacilles tuberculeux de l'urine*** (*Surgery, Gynecology and Obstetrics*, tome L, n° 6, Juin 1930). — Elèves du prof. von Illyes, H. et L. indiquent comment à la clinique urologique de celui-ci on utilise la méthode des cultures de préférence à l'inoculation au cobaye pour découvrir les bacilles tuberculeux dans l'urine.

La méthode utilisée est la méthode de Lœwenstein-Sumyoshi sur milieu de Lubenau-Hohn, à l'œuf.

Primitivement l'urine était directement recueillie dans la vessie pour éviter toute contamination ; mais L. y a renoncé, les micro-organismes autres que le bacille de Koch étant détruits par le traitement ultérieur.

L'urine recueillie, de 50 à 300 cmc suivant l'aspect de celle-ci, est centrifugée en plusieurs portions et les sédiments réunis. On ajoute alors au sédiment 5 cmc d'acide sulfurique à 15 pour 100 et on laisse au contact pendant 20 minutes en agitant fréquemment. On centrifuge alors dans un tube stérile pendant 3 à 5 minutes, et le sédiment après décantation sert à l'ensemencement du milieu. J. ensemence un milieu à l'œuf et à la pomme de terre.

Sur le milieu à l'œuf, l'époque d'apparition des colonies varie de 8 à 20 jours; pour la pomme de terre, il faut de 3 à 6 semaines.

Sur 900 tubes à l'œuf, il y a eu 541 cas positifs, 280 négatifs et 39 tubes souillés; sur 300 tubes à la pomme de terre, 132 résultats positifs, 141 négatifs et 27 souillés.

50 fois sur 200 cultures, l'examen direct était négatif et la culture positive. 10 fois l'inoculation au cobaye était négative, tandis que la culture était positive. M. Guibé.

H. Hoster, M. A. Goldzieher et W. S. Collens (Brooklyn). ***Les rapports de l'hépatite et de la cholécystite chronique*** (*Surgery, Gynecology and Obstetrics*, tome L, n° 6, Juin 1930). — Pour étudier ces rapports, K., G. et C. ont prélevé lors de l'opération un petit fragment de foie, à la fois dans le lobe gauche et dans le lobe droit, à une distance suffisante de la vésicule.

Sur 27 cas, il ont observé 25 fois des altérations du tissu hépatique portant sur les 2 lobes, sauf dans 3 cas Dans tous ces cas il y avait des lésions histologiques de cholécystite chronique. Dans les 2 cas où le foie était normal, il s'agissait une fois d'une vésicule framboise, l'autre fois d'ulcère pylorique, mais la vésicule ne présentait ni dans un cas, ni dans l'autre de traces d'inflammation chronique.

Les lésions hépatiques ont consisté en une hépatite interstitielle d'intensité variable, localisée principalement dans ce tissu conjonctif périportal. Elle présente un caractère chronique et est centrée autour des grosses branches du système porte.

La coexistence des lésions d'hépatite et de cholécystite a depuis longtemps été établie par Graham qui admettait le passage de l'infection du foie à la vésicule, la cholécystite étant secondaire à l'hépatite.

Pour K., G. et C., c'est l'inverse qui est exact : les lésions de cholécystite sont primitives, celles d'hépatite secondaires Il n'est pas possible d'admettre l'infection vésiculaire par la voie lymphatique, le courant normal de la lymphe allant de la vésicule au foie. En cas d'infection hépatique primitive par voie hématogène, les lésions ne seraient pas localisées dans les espaces périportaux.

Il faut donc admettre que la cholécystite a débuté, quelle qu'en soit l'origine, et que l'inflammation s'est propagée au foie par voie lymphatique ou veineuse. Cela cadre bien avec les faits cliniques que les malades atteints depuis longtemps de cholécystite chronique sont moins souvent et moins complètement débarrassés de leurs troubles par la cholécystectomie que ceux dont l'affection est récente, nouvel argument en faveur de l'intervention précoce. M. Guibé.

REVUE DES JOURNAUX

ANNALES DE L'INSTITUT PASTEUR
(Paris)

J. Bordet et E. Renaux (Bruxelles). *L'influence du calcium sur l'évolution des cultures de charbon* (*Annales de l'Institut Pasteur*, t. XLV, n° 1, Juillet 1930). — On sait la variabilité d'aspect des cultures microbiennes. L'étude de ces phénomènes apporte des documents sur le problème de l'évolution et de la définition de l'espèce, mais elle permet aussi parfois de déceler des corrélations entre la virulence et tel aspect microscopique ou cultural.

B. et R. ont étudié les transformations de la bactéridie charbonneuse suivant les milieux de culture.

La composition du milieu nutritif et, spécialement, sa teneur en calcium exerce une influence sur la sporulation et le développement secondaire. Sur milieux usuels sur gélose, par exemple, les cultures de la bactéridie charbonneuse donnent deux types de colonies : les colonies A de type sporogène, les colonies B de type asporogène, mais il y a souvent des types intermédiaires. Si l'on inocule des repiquages de ces colonies, soit sur milieux nutritifs gélosés débarrassés de leur calcium par addition d'oxalate neutre de soude, soit sur des milieux enrichis en calcium, ces colonies vont se comporter différemment.

Les colonies de type A sporogène, plates et humides sur milieu oxalaté, développent, en 12 heures, une culture luxuriante filamenteuse. La sporulation est très précoce, très étendue après un jour : parmi la multitude des spores on ne voit plus que des bâtonnets isolés et assez courts, de coloration faible. Sur gélose au calcium, la sporulation est nettement enrayée, elle est moins précoce, moins complète, la bactéridie tend à preudre un aspect filamenteux

L'influence du calcium est moins nette sur le type B.

Le type A cultivé sur milieu au calcium prend, à la longue, l'aspect du type B habituel; mais, alors que le type B est très virulent, le type A, ainsi constitué par culture sur calcium, est absolument inoffensif pour le cobaye, alors que le type A, cultivé sur oxalate, est, comme le type B, fortement pathogène. Ces essais de dissociation par culture sont donc des plus intéressantes.

Robert Clément.

P. Bordet (Bruxelles). *Influence du calcium sur les caractères des espèces microbiennes* (*Annales de l'Institut Pasteur*, tome XLV, n° 1, Juillet 1930). — L'influence du calcium sur l'évolution des cultures de charbon, montrée par J. Bordet et E Renaux, a incité B à élargir ces recherches.

Trois propriétés microbiennes se sont révélées dépendre, dans une mesure appréciable, de la présence ou de l'absence de sels de chaux dans le milieu de culture : ce sont la morphologie, la sporogenèse et la production de pigment.

Plusieurs microbes de l'air, dont les cultnres sur gélose ne s'étaient jamais montrées sporulées, ont présenté des spores assez nombreuses après avoir été cultivés sur milieu oxalaté alors que les cultures sur milieu calcique était asporogènes. Ces résultats peuvent être rapprochés de ceux obtenus avec la bactéridie charbonneuse ou avec B. anthracis dont la culture sur milieu oxalaté entrave la production du type faiblement sporulé ou asporogène.

Avec le *Micrococcus prodigiosus*, très activement chromogène, on peut se rendre compte que, dès le premier repiquage, la culture sur milieu oxalaté est d'un rouge franc alors qu'elle est rose pâle, presque blanche, sur milieu calcique. Si l'on fait des repiquages croisés, les colonies changent de couleur ; seule la composition du milieu intervient et il ne s'agit pas d'un caractère acquis.

La privation de calcium du milieu de culture exalte le pouvoir chromogène et entraine des modifications morphologiques considérables. Elle transforme certains bacilles en éléments courts, en forme de coccobacilles.

Les modifications déterminées par l'oxalatation du milieu nutritif ne comportent pas de diminution de la vitalité du microbe, ni d'altération héréditaire ; remis au contact du calcium, ce microbe reprend ses caractères normaux.

Robert Clément.

S. Mutermilch et M[lle] E. Salamon. *Sur la vaccination du lapin et du cobaye contre le tétanos cérébral* (*Annales de l'Institut Pasteur*, t. XLV, n° 1, Juillet 1930). — La vaccination des lapins par l'anatoxine de Ramon par voie péritonéale (2 cmc d'une dilution au quart) détermine l'apparition de l'antitoxine dans leurs sérums, tandis que les liquides céphalo-rachidiens se montrent dépourvus de toute action antitoxique. Par contre, la vaccination par voie méningée conduit à la formation d'antitoxine correspondante aussi bien dans la circulation générale que dans le liquide céphalo-rachidien, l'apparition est plus rapide et le taux antitoxique du sérum plus élevé. Les lapins vaccinés par voie méningée peuvent recevoir impunément dans le cerveau plusieurs doses mortelles de toxine.

Chez le cobaye, la vaccination, de même que la sérothérapie passive, par voie sous-cutanée ou intrapéritonéale, crée une immunité suffisante pour lui permettre de résister à l'inoculation de toxine dans le cerveau alors que la voie sous-cutanée ou péritonéale ne protège pas les lapins.

La présence de l'antitoxine tétanique dans le liquide céphalo-rachidien est nécessaire pour résister à une inoculation de toxine intracérébrale. Chez les animaux vaccinés par voie méningée, l'antitoxine est présente dans le liquide céphalo-rachidien grâce à sa formation locale; chez les vaccinés par voie sous-cutanée ou intrapéritonéale, l'antitoxine passera passivement du sang dans le liquide céphalo-rachidien, grâce au fléchissement de la perméabilité vasculo-méningée, provoqué par l'injection dans le cerveau du bouillon servant de support à la toxine tétanique. Cela ne suffit pas chez le lapin plus sensible que le cobaye à la toxine tétanique.

Robert Clément.

R. Dujarric de la Rivière et N. Kossovitch. *Recherches sur les groupes sanguins* (*Annales de l'Institut Pasteur*, t. XLV, n° 1, Juillet 1930). — D. et K. ont consacré de nombreuses recherches à l'étude des groupes sanguins au point de vue ethnique, médico-légal et pathologique. Ils emploient la nomenclature de Dungern et Hirzzfeld adoptée par la Commission internationale pour l'étude des groupes sanguins de l'Institut d'Anthropologie.

Leurs recherches sur 178 familles françaises comprenant 571 enfants et une famille de 4 générations avec 35 personnes leur ont montré que l'hérédité des groupes obéit aux lois de Mendel. Les propriétés A et B (agglutinogène des hématies) n'apparaissent jamais chez un enfant, si elles ne sont pas présentes chez l'un ou l'autre des deux parents. Si l'un des parents appartient au groupe A ou B et l'autre au groupe O, le groupe dominant se trouve chez tous les enfants ou presque tous. Si les parents appartiennent tous deux au groupe récessif O, les enfants auront ce groupe. Si les parents appartiennent, l'un au groupe A, l'autre au groupe B ou au groupe A, les enfants peuvent appartenir à l'un des 4 groupes.

L'ensemble de ces recherches sur l'hérédité des groupes sanguins ne montre aucune exception à la formule Dungern-Hirzzfeld et 2 exceptions à celle de Bernstein.

L'étude de 218 soldats tchèques situe ceux-ci, au point de vue séro-anthropologie, entre les Autrichiens, les Serbes et les Bulgares. Parmi les Slaves, ils sont les plus proches du type européen.

Par ses caractères sanguins, la race arménienne se rapproche des races de l'Europe balkanique, mais les caractères anthropométriques font des Arméniens une race non homogène et cela est confirmé par l'étude des groupes sanguins.

Les indigènes de la région de Moncagni (moyen Congo) ont, malgré les races différentes, des proportions de groupes sanguins analogues qui permettent de leur reconnaître une origine commune.

La recherche du groupe sanguin a pu servir à écarter une paternité réclamée. Elle pourrait servir à identifier les criminels.

Les tuberculeux examinés donneraient une prédominance des groupes A et AB par rapport à la moyenne des Français, le groupe AB prédomine chez les hémoptoïques. Chez les cancéreux, on trouve une augmentation de la fréquence du groupe B.

Chez les chevaux on trouve, comme chez l'homme, 4 groupes sanguins avec prédominance du groupe AB.

L'hémoglobine ne joue aucun rôle dans la réaction d'agglutination qui existe aussi bien avec le stroma et n'est pas modifiée par la réadsorption de l'hémoglobine.

Robert Clément.

ARCHIVES des MALADIES DE L'APPAREIL DIGESTIF ET DE LA NUTRITION
(Paris)

A. Landau. G. Glass et St. Kaminer (Varsovie). *Recherches sur la répartition du chlore dans le sang et sur la dépendance de ce phénomène avec l'état de l'équilibre acido-basique* (*Archives des maladies de l'Appareil digestif et des maladies de la Nutrition*, tome XX, n° 5, Mai 1930). — La détermination du Cl sanguin est une méthode utile pour l'évaluation de l'état de l'équilibre acido-basique. Le dosage exclusif du Cl plasmatique n'est pas suffisant pour l'évaluation du niveau de la chlorémie : dans la régulation chlorée, le plasma joue un rôle plutôt statique, tandis que les globules sont l'élément cinétique actif. La meilleure méthode pour la détermination des translocations ou déplacements chlorés au sein du sang est le dosage simultané, direct, du Cl plasmatique et du Cl globulaire; la détermination indirecte du Cl globulaire n'est pas précise.

Des recherches de L., G. et K., il résulte que le taux normal de Cl chez des individus sains oscille dans des limites étroites et s'élève en moyenne dans le sang total à 2,88, dans le plasma à 3,50 et dans les globules à 1 gr. 81 par litre.

L'étendue des oscillations pathologiques du taux du Cl sanguin est très grande. L'échelle des oscillations du Cl globulaire est presque deux fois plus grande que celle du Cl plasmatique.

Dans le cas d'affections rénales évoluant sans œdèmes, azotémie ou acidose, on n'a pas constaté de déviations plus appréciables. Parmi 6 cas de néphrite chronique ou de néphro-sclérose, évoluant

avec de l'azotémie, on a constaté, dans 5 cas, une diminution très appréciable de la réserve alcaline. Dans tous ces 5 cas d'acidose rénale, on a trouvé des altérations importantes dans la répartition du Cl sanguin, consistant en un accroissement du Cl globulaire et du Cl du sang total ainsi qu'en une augmentation de l'indice chloropexique globulaire.

Dans le diabète sans acidose, avec une hyperglycémie notable (au-dessus de 3 gr. 50 par litre), on a constaté dans tous les cas une diminution du Cl total, comme du Cl globulaire et du Cl plasmatique. On n'a pas constaté de parallélisme étroit entre l'abaissement du Cl sanguin et le degré de l'hyperglycémie : toutefois, aux taux les plus élevés du sucre dans le sang correspondaient les chiffres les plus bas de Cl. Dans tous les cas d'acidose diabétique, on a constaté une augmentation du Cl globulaire et de son indice.

Dans la pneumonie lobaire, avant la crise, on trouvait dans tous les cas une diminution du Cl globulaire, plasmatique et du sang total. L'indice chloropexique globulaire était en général normal. Dans les cas examinés après la crise, le taux et la répartition du Cl dans le sang se trouvaient dans les limites de la normale.

On a constaté dans les acidoses gazeuses un abaissement du Cl de sang total et du Cl plasmatique, le Cl globulaire restant normal, leur indice chloropexique était augmenté. Dans l'alcalose non gazeuse on a trouvé, par contre, un abaissement du Cl globulaire, plasmatique et du sang total, ainsi qu'une diminution de l'indice chloropexique.

Pour le diagnostic des acidoses, la définition du rapport du Cl globulaire au Cl plasmatique a une grande importance : c'est ce qu'on appelle l'indice chloropexique globulaire. Il s'élève dans les cas normaux en moyenne à 0,52. Son augmentation au-dessus de 0,55 plaide pour l'acidose ; dans les acidoses graves, cet indice dépasse 0,60.

L'augmentation du Cl globulaire au-dessus de la limite supérieure de la normale (1,95) se rencontre exclusivement dans les états d'acidose.

Les acidoses rénales, diabétiques et gazeuses présentent parfois une répartition particulière du Cl sanguin, mais un trait leur est toutefois commun : c'est la translocation ou déplacement du Cl vers les éléments tissulaires, dont l'expression est l'augmentation de l'indice chloropexique globulaire.

L. Rivet.

A. Horowitz, J. Sautet et G. Terrial. ***Remarques sur le rôle pathogène de quelques protozoaires parasites intestinaux de l'homme*** (*Archives des maladies du Tube digestif et des maladies de la Nutrition*, tome XX, nº 5, Mai 1930). — A propos de quelques observations, H., S. et T. montrent que nous ne possédons aucune preuve certaine du rôle pathogène de la plupart des protozoaires intestinaux parasites de l'homme, mais il est aussi très difficile de prouver leur caractère inoffensif. Aussi est-il sage, malgré tout, de débarrasser les malades de leurs parasites en même temps que des troubles coexistants, un traitement identique faisant souvent disparaître les uns et les autres.

Toutefois, les médicaments ont une efficacité inégale sur ces parasites.

L'émétine, qui a fait ses preuves dans la dysenterie amibienne, agit aussi sur les *Pseudolimax bütsehlii* et les *Dientamœba fragilis*. Par contre, elle est sans action sur les *Entamœba coli* et les *Endolimax nana*. Au contraire, les arsenicaux pentavalents ont une action rapide sur tous les protozoaires intestinaux et la plupart des troubles qui les accompagnent (les *Gardia intestinalis* sont les seuls protozoaires réfractaires le plus souvent à toute thérapeutique).

Or l'émétine n'est pas toujours un médicament absolument inoffensif. Il y a avantage à la réserver aux cas aigus de parasitisme par *Entamœba dysenteriæ*. Il en résulte qu'il faut identifier avec précision le ou les protozoaires en cause. Il ne faut pas se hâter de conclure à la présence d'amibes dysentériques parce que, dans le champ du microscope, on a vu des amibes mobiles. Il faut, au contraire, examiner ces amibes avec soin, étant donné la fréquence des *Endolimax nana*, des *Pseudolimax bütsehlii* et des *Entamœba coli*. La distinction entre ces différentes espèces est généralement aisée, mais demande parfois un peu d'attention, surtout quand il s'agit de formes végétatives d'*Entamœba coli*.

L. Rivet.

ARCHIVES DES MALADIES DU CŒUR DES VAISSEAUX ET DU SANG (Paris)

A. Landau et Joseph Held (Varsovie). ***Sur l'auscultation des artères du cou et l'utilité clinique de cette méthode d'examen ; un nouveau symptôme de l'aortite syphilitique : le signe de l'artère sous-clavière gauche*** (*Archives des maladies du Cœur, des Vaisseaux et du Sang*, tome XXIII, nº 8, Août 1930). — La technique de la méthode et ses résultats sont bien exposés dans le traité de Sahli : ces résultats sont surtout intéressants pour les affections sus-valvulaires de l'aorte.

Dans l'athérome sénile de l'aorte et dans les cas d'hypertension artérielle, l'auscultation de l'aorte aux foyers classiques peut ne pas renseigner sur son état réel par suite de conditions défavorables de conduction du thorax pour les sons. En pareil cas, l'auscultation au stéthoscope des artères du cou peut déceler un souffle systolique ou un bruit diastolique accentué ou clangoreux, parfois ces deux signes à la fois ; ils sont ordinairement au maximum de netteté sur la carotide droite.

Dans l'aortite syphilitique, le 2e bruit aortique et aussi le bruit diastolique dans les artères du cou se montrent très souvent accentués et acquièrent parfois un éclat clangoreux. Le 1er bruit est généralement soufflant au foyer aortique, et ce souffle se propage, comme dans l'aortite athéromateuse, dans les vaisseaux du cou ; il s'entend plus particulièrement dans la carotide droite chez certains sujets.

Dans un groupe important de cas d'aortite syphilitique, on trouve ce souffle systolique avec son maximum d'intensité au niveau des artères gauches du cou, et particulièrement de la sous-clavière gauche. La palpation des troncs artériels des deux membres supérieurs et la mesure comparative de la tension par la méthode auscultatoire de Korotkow a fait constater chez certains de ces sujets une diminution de la force des pulsations du côté gauche, alors que chez d'autres malades ces valeurs restaient les mêmes des deux côtés. Si l'on peut penser, dans le premier cas, à un rétrécissement de l'orifice de la sous-clavière gauche, il est difficile de soutenir cette opinion dans le second cas : le signe de la sous-clavière gauche paraît alors traduire l'existence d'un processus inflammatoire syphilitique localisé dans la crosse aortique au voisinage de l'origine de l'artère sous-clavière.

Le signe positif de la sous-clavière gauche et, presque au même titre, la constatation d'un souffle dans les artères du côté gauche du cou constituent, d'après les observations de L. et H., une présomption en faveur de la nature syphilitique de l'aortite.

L. Rivet.

ANNALES des MALADIES DE L'OREILLE, DU LARYNX DU NEZ ET DU PHARYNX (Paris)

J. Magdelaine. ***Manifestations orbito-oculaires aiguës des ethmoïdites*** (*Annales des maladies de l'Oreille, du Nez, du Larynx et du Pharynx*, tome XLIX, nº 5, Mai 1930). — Ces manifestations sont particulièrement fréquentes chez l'enfant et sont souvent chez lui le premier signe d'une ethmoïdite passée inaperçue, l'examen rhinoscopique étant difficile et la symptomatologie nasale fonctionnelle manquant de netteté.

Il faut considérer deux formes, ou plutôt deux stades évolutifs de ces manifestations : le *stade fluxionnaire* et le *stade de suppuration*, qui comportent chacun une règle de conduite différente.

Au point de vue clinique, la *forme fluxionnaire* se présente avec une symptomatologie souvent hors de proportion avec sa gravité. On peut distinguer d'ailleurs un type superficiel, où l'œdème est palpébral, et un type profond, orbitaire, avec refoulement du globe oculaire en avant et aspect d'un phlegmon de l'orbite. Cette forme rétrocède en général sous l'effet d'un traitement médical approprié, mais l'ethmoïdite sera traitée ultérieurement, sinon les récidives sont à craindre.

La *forme suppurée* s'installe d'emblée ou au cours d'une de ces récidives. Le diagnostic de cette forme est capital puisqu'elle nécessite un traitement chirurgical d'urgence. Les meilleurs symptômes de suppuration sont : l'œdème palpébral, le chemosis, l'exophtalmie, et surtout : la *fixité du globe oculaire*, *l'immobilité avec dilatation de la pupille* et *l'anesthésie cornéenne*.

L'évolution de cette forme dépend bien souvent de la précocité de l'intervention. Si celle-ci a lieu à temps, la *guérison* peut survenir en quelques jours ; mais la guérison n'est parfois obtenue qu'au prix de séquelles plus ou moins graves. Si l'intervention est trop tardive, l'ouverture spontanée se fait, entraînant la formation d'une *fistule*, indépendamment des nombreuses et graves complications possibles : *névrite optique*, à type rétro-bulbaire le plus souvent, *atteinte du moteur oculaire commun*, *thrombo-phlébite du sinus caverneux*, de pronostic particulièrement sombre, etc...

Les formes atypiques de ces manifestations orbito-oculaires sont nombreuses : *formes apyrétiques*, *formes suppurées d'emblée* (cas des ethmoïdites d'enfants, au cours de la scarlatine), *formes rapidement mortelles*, *formes septicémiques*, *formes associées* (polysinusites, otites). Suivant la localisation anatomique, il y a lieu de distinguer : les *ethmoïdites postérieures* donnant lieu, en s'extériorisant, à des phlegmons de l'orbite (ce sont surtout les formes de l'adulte) et les *ethmoïdites antérieures* qui, en s'extériorisant dans la région lacrymo-palpébrale, donnent lieu à la production de collections superficielles (ce sont surtout les formes de l'enfant).

Le diagnostic comporte un chapitre important, car il est délicat et doit être fait très précocement. M. le discute à fond en montrant la valeur de chaque symptôme et celle des clichés radiographiques ; mais il insiste surtout sur la différenciation entre la forme fluxionnaire et la forme suppurée.

En effet, au point de vue thérapeutique, la première n'exige qu'un *traitement médical*, suivi, bien entendu, une fois la période aiguë passée, d'un curettage de l'ethmoïde afin d'éviter toute récidive ultérieure. La seconde, au contraire, exige un *traitement chirurgical* consistant en un drainage large de la collection suppurée, accompagné d'un curettage de l'ethmoïde ; le drainage s'effectue, suivant les écoles, par voie trans-ethmoïdale ou par voie orbitaire ; d'une façon générale, et en particulier chez l'enfant, il y a intérêt à réduire au minimum les interventions osseuses.

Leroux-Robert.

L. Leroux. ***Le zona lingual ; ses formes cliniques, son interprétation*** (*Annales des Maladies de l'Oreille, du Larynx, du Nez et du Pharynx*, tome XLIX, nº 5, Mai 1930). — Localisation rare du zona, le zona lingual est considéré presque toujours comme dépendant d'une atteinte du ganglion géniculé du facial. Or l'innervation sensitive des

deux tiers antérieurs de la langue et du pilier antérieur du voile est assurée à la fois par le facial (corde du tympan, rameau lingual du facial) et par le trijumeau (maxillaire inférieur). Il est donc possible que le zona n'atteigne que l'un ou l'autre de ces deux nerfs ; c'est ce que semblent prouver quelques observations personnelles où les symptômes sont exclusivement linguaux sans aucune participation du facial et où la névralgie linguale est intense. Or l'innervation sensitive de la langue est avant tout assurée par le nerf lingual, accessoirement seulement par le facial.

On arrive ainsi à distinguer deux types de zona lingual :

L'un, généralement indolore, avec agneusie fréquente, accompagné de symptômes appartenant au zona auriculaire (paralysie faciale en particulier) et relevant d'une lésion du ganglion géniculé;

L'autre, avant tout névralgique, sans paralysie faciale et relevant d'une atteinte du ganglion d'Arnold (nerf maxillaire inférieur).

LEROUX-ROBERT.

REVUE ODONTOLOGIQUE

(*Paris*)

R. Grain. ***Du traitement des suppurations nasales*** (*Revue odontologique*, tome LI, Juillet-Août 1930). — G. indique tout d'abord que « l'infection est toujours une infection massive frappant d'emblée, à un plus ou moins haut degré, la totalité des muqueuses naso-sinusiennes ». Il rappelle ensuite le rôle très important du système glandulaire de la muqueuse ; ces glandes très nombreuses sécrètent du mucus qui s'oppose à la prolifération microbienne. Si l'infection a le dessus, les microbes adultèrent ce système de défense et pénètrent dans la profondeur pour y engendrer des réactions hyperplasiques et des kystes sous-muqueux.

On conçoit donc que la seule thérapeutique efficiente est celle « qui permettra d'exprimer le contenu septique glandulaire, qui dissociera les kystes sous-muqueux et extérorisera les microbes, qui stérilisera les microbes pullulant dans la profondeur et qui mettra en œuvre un traitement atoxique pour les éléments cellulaires d'autant plus fragiles que la suppuration est plus aiguë ou plus ancienne ».

La méthode antiseptique ne peut réaliser ces desiderata, car elle n'est pas spécifique ; elle est traumatisante, non diffusible et l'antiseptique, aux concentrations auxquelles il peut être employé au niveau de la muqueuse, vaccine le microbe au lieu de le tuer.

Au contraire, *la méthode vaccinale* est spécifique et diffusible. L'antivirus, par suite de son hypertonicité par rapport aux humeurs, agit en profondeur. Loin d'être dangereux pour les muqueuses, l'antivirus est cytophylactique, il redonne un milieu dans lequel les microbes sont incapables de se reproduire.

C. RUPPE.

H. M. Fay. ***L'examen des dents en neuro-psychiatrie infantile*** (*Revue odontologique*, t. LI, Juillet-Août 1930). — F. montre les renseignements que fournit, dans la pratique neuro-psychiatrique, l'examen de la bouche des enfants :

1° *Le retard dans l'éruption des dents temporaires* doit faire procéder à un examen neurologique complet; celui-ci permet d'apprécier s'il y a des troubles en rapport avec une encéphalopathie infantile avec débilité mentale, se traduisant par du retard dans la marche, dans l'élocution, dans la propreté, par des anomalies dans la réflectivité et la motricité. Sinon le retard de l'éruption dentaire est l'indice d'une insuffisance thyroïdienne ou thymique.

2° Ultérieurement, un enfant atteint d'*aprosexie* est très souvent un *respirateur buccal* et doit être examiné du point de vue nasal et buccal.

3° *La syphilis héréditaire* entraîne fréquemment des perturbations nerveuses. Elle sera affirmée par la présence de dystrophies dentaires. F. recommande l'administration de mercure à doses modérées. Ce métal convient au système nerveux de l'enfant et est sans danger pour le foie, il n'en est pas de même de l'arsenic.

4° La denture des idiots est pitoyable, avec toutes les anomalies dento-maxillaires possibles. La polycarie est très fréquente chez les arriérés.

5° Le diagnostic d'épilepsie peut être fait rétrospectivement par la constatation de fractures dentaires et de cicatrices linguales. Dans la piknolepsie et dans la spasmophilie, on ne rencontre jamais de fractures dentaires.

6° F. a très souvent noté des polycaries chez les anormaux, les arriérés, les déprimés périodiques, les insuffisants thyroïdiens et hypophysaires et admet le rôle prédominant des troubles endocriniens dans leur production.

C. RUPPE.

REVUE DE STOMATOLOGIE

(*Paris*)

Chompret, Dechaume et Fanjaud. ***Adénites suppurées inguinale, axillaire et sous-épineuse d'origine dentaire*** (*Revue de Stomatologie*, t. XXXII, Mai 1930). — C., D. et F. relatent une observation curieuse et rare, qu'ils regrettent de produire incomplète, n'ayant pu pratiquer de biopsie et de recherches microbiologiques. Il s'agit d'une malade qui fit des accidents d'episclérite, puis des adénites suppurées inguinale, axillaire et sous-épineuse. Les résultats du traitement des accidents infectieux dentaires présentés par cette malade permet de penser qu'ils étaient le point de départ de tous les autres accidents. Les auteurs soulèvent la question du rôle du bacille fusiforme et insistent sur la rareté des adénopathies multiples au cours des septicémies d'origine dentaire.

C. RUPPE.

Lardennois et Leclerc. ***Septicémie à streptocoques d'origine bucco-dentaire récidivée et compliquée d'ostéomyélite du poignet*** (*Revue de Stomatologie*, tome XXXII, Mai 1930). — L. et L. rapportent l'observation d'une jeune femme de 25 ans qui fit, six semaines après son accouchement, des accidents brutaux et sévères, avec douleurs articulaires et état général grave. Ces accidents rétrocédèrent pour reprendre et, à la 3e poussée, se compliquèrent d'une ostéomyélite à streptocoques du poignet, nécessitant une intervention. 14 jours après celle-ci, il y eut reprise des phénomènes généraux, à telle enseigne que l'on craignit une endocardite. Or, le point de départ de cette septicémie était une péricoronarite suppurée, aux dépens de la dent de sagesse inférieure gauche. L'avulsion de cette dent, en supprimant le foyer infectieux originel, entraîna une véritable résurrection de la malade.

C. RUPPE.

M. P. Weil. ***Manifestations articulaires et infections focales*** (*Revue de Stomalogie*, t. XXXII, Mai 1930). — W. considère que, parmi les causes multiples des affections articulaires, l'*infection* a une place réduite et que dans *le groupe des rhumatismes infectieux, l'infection focale est, à son tour, peu fréquente*, cédant le pas aux infections gonococcique, syphilitique, tuberculeuse et à la maladie de Bouillaud.

Néanmoins, ce rôle ne doit pas être méconnu et W. rapporte des observations intéressantes de rhumatismes de cause bucco-dentaire ou amygdalienne, dont l'étiologie a été vérifiée par le traitement d'épreuve, car ni la clinique ni les examens de laboratoire ne permettent de résoudre ce problème étiologique.

Étant donné la rapidité de guérison du processus articulaire, remontant souvent à de longs mois, W. ne croit pas à l'existence d'une infection streptococcique articulaire, mais à une *réaction allergique*. « Seul, un retentissement à distance du foyer infectieux sur la vaso-motricité articulaire peut rendre compte tout ensemble, et de l'existence de la complication articulaire, et de sa prompte et rapide guérison. »

C. RUPPE.

Bercher et Krivine. ***Staphylococcies à manifestations cutanées et buccales*** (*Revue de Stomatologie*, tome XXXII, Mai 1930). — Si un foyer infecté périapical est susceptible de provoquer des troubles à distance, inversement, au cours d'une septicémie, il peut se produire une localisation bucco-dentaire. « La bouche, par son rôle d'émonctoire et ses zones de moindre résistance ou sensibilisées (zones mortifiées, traumatisées...), joue un rôle d'appel à l'infection venue par voie sanguine, d'une autre région de l'organisme. » La lésion bucco-dentaire n'est donc pas, dans ce cas, la lésion d'entrée, mais la lésion de sortie, d'élimination des microbes. B. et K. apportent à l'appui de leur thèse, outre les travaux de Lavergne sur les septicémies, l'observation d'une enfant de 5 ans qui, atteinte de furonculose, fit une grave ostéite du maxillaire supérieur, débutant au niveau de 2 incisives mortifiées par un traumatisme antérieur.

Ils concluent : 1° que les dents temporaires peuvent être l'occasion d'accidents infectieux sérieux ;

2° Que les accidents dentaires staphylococciques, contrairement à l'opinion classique, se montrent parfois sévères.

C. RUPPE.

Despin. ***Thrombo-phlébite du sinus caverneux consécutive à une extraction dentaire*** (*Revue de Stomalologie*, tome XXXII, Mai 1930). — D. consigne l'observation d'une thrombo-phlébite du sinus caverneux, consécutive à l'extraction d'une dent de sagesse inférieure gauche, chez un individu ne présentant pas d'autre tare qu'un état de moindre résistance organique et une septicité buccale due à un manque total d'hygiène dentaire. Ce cas, qui s'est terminé par la mort, mérite d'être noté, étant donné la rareté des observations de thrombo-phlébite du sinus caverneux d'origine dentaire.

C. RUPPE.

BULLETIN GÉNÉRAL DE THÉRAPEUTIQUE

(*Paris*)

J. Girard (Nancy). ***La calcithérapie par le gluconate de chaux dans les infections pulmonaires aiguës*** (*Bulletin général de Thérapeutique*, n° 3, Mars 1930). — De nombreux auteurs ont étudié l'action du calcium, seul ou associé à la digitale, dans le traitement de la pneumonie (Lauder Brunton, J. Barr, Stephens et Douglas Cree, Netter, Arnstein et Schlesinger). La calcithérapie active l'action des digitaliques et possède une heureuse influence sur le tonus cardiovasculaire. De plus, le calcium est un antiphlogistique.

Après Sodovina, Vit et Korbsch, G. étudie la calcithérapie comme traitement des affections pulmonaires aiguës et utilise pour cela uniquement le gluconate de calcium. Ce sel organique de Ca présente, en effet, sur le chlorure des avantages pratiques importants : l'injection intraveineuse de gluconate de Ca ne produit aucune nécrose de la paroi et aucune thrombose intravasculaire; de plus, ce sel est injectable par la voie intramusculaire et, enfin, il n'augmente pas, comme le chlorure, la rétention chlorurée déjà trop forte chez le pneumonique.

L'auteur administre le gluconate de Ca presque toujours par la voie veineuse et sous la forme d'une ampoule journalière de 10 cmc d'une solution à 10 pour 100. Il a réuni 14 observations cliniques

dans le service du professeur Richon de Nancy et qui se répartissent ainsi :

9 observations de pneumonie lobaire dont une double ;

3 observations de congestion pulmonaire aiguë d'origine grippale ;

2 observations de broncho-pneumonie, dont une avec insuffisance cardiaque.

Ses conclusions sont les suivantes :

La calcithérapie a une action des plus favorables sur l'évolution des inflammations pulmonaires aiguës et, en particulier, sur la pneumonie lobaire.

Cette action se manifeste par une influence heureuse sur l'état général avec régression de l'asthénie. La courbe fébrile est rapidement influencée. Souvent dès la première injection et toujours dès la seconde, on obtient une défervescence complète, soit d'emblée, soit en 2 à 5 jours. Souvent il existe en même temps une crise sudorale.

La thérapeutique calcique exerce une sorte d'action abortive sur les pneumopathies et transforme l'allure clinique de la maladie.

Les bons effets du gluconate de Ca dans les pneumopathies aiguës s'expliqueraient par une vasodilatation au niveau des lésions pulmonaires avec augmentation de la diapédèse et aussi par une action antitoxique. Enfin, les recherches contemporaines (Achard et Ornstein, *Soc. Biologie*, 1930), montrent que, dans la pneumonie aiguë, il y a hypo-calcémie, d'où, logiquement, la nécessité de ramener à la normale le calcium circulant.

PARIS MÉDICAL

Henriette Pelissier (Montpellier). ***Action chez quelques anxieux de l'association phényl-malonylurée et alcaloïdes totaux de la belladone*** (*Paris médical*, tome XX, n° 22, 31 Mars 1930). — En associant à la phényl-éthyl-malonylurée les alcaloïdes totaux de la belladone (*bellafoline*), on a obtenu un sédatif nervin, le *belladénal*, qui unit aux propriétés calmantes du barbiturique l'action vagosédative spécifique de la belladone.

L'auteur a étudié ce médicament à la Clinique psychiatrique de Montpellier, sur des malades atteints d'anxiété mentale à des degrés divers et, dans 10 observations, elle n'a constaté qu'un seul échec. Ces malades étaient pour la plupart des vagotoniques avec troubles endocriniens sur lesquels se greffaient de graves manifestations anxieuses. Le belladénal ne guérit pas le déséquilibre affectif qui est le terrain où germe l'anxiété — aucune thérapeutique n'a d'ailleurs cette prétention — mais il amène une sédation des états et des accès d'angoisse paroxystiques. La cause déterminante de l'angoisse est l'état spasmodique; or celui-ci est inhibé par les alcaloïdes totaux de la belladone constituant le belladénal, tandis que l'autre constituant, le noyau barbiturique, calme l'éréthisme nerveux.

La posologie du belladénal dans le traitement de l'anxiété mentale est, au début du traitement, de 4 à 6 comprimés par jour. Ces doses fortes font place ensuite, quand l'amélioration est obtenue, à des doses d'entretien de 2 à 4 comprimés par jour. A ce point de vue, on voit qu'il existe une analogie avec le traitement de l'épilepsie. L. Marchand, De La Rue, Bauer, Viguier, etc..., donnent en effet aux épileptiques 4 à 5 comprimés par jour, puis des doses plus faibles d'entretien.

LYON CHIRURGICAL

L. Bérard et J. Heitz. ***Considérations sur le traitement chirurgical de la tuberculose intestinale survenant au cours de la tuberculose pulmonaire*** (*Lyon chirurgical*, t. XXVII, n° 3, Mai-Juin 1930). — La tuberculose pulmonaire se complique fréquemment, on le sait, de tuberculose intestinale, affectant soit la forme classique de tuberculose hypertrophique iléo-cæcale, soit la forme sténosante de l'intestin grêle, soit, bien plus souvent, la forme ulcéreuse (entérite tuberculeuse). C'est uniquement de cette dernière forme dont il est question dans le présent travail, les auteurs laissant de côté les formes hypertrophiques et sténosantes pour lesquelles, depuis longtemps, la thérapeutique chirurgicale a fait ses preuves et ne saurait plus être discutée quand l'état pulmonaire et l'état général ne constituent pas un obstacle à l'intervention.

Quant à la forme ulcéreuse, on connaît sa gravité lorsqu'elle est abandonnée à elle-même et combien, en général, se montre impuissant le traitement médical pur. Aussi, la tendance est-elle de confier le plus tôt possible les malades au chirurgien, toujours, bien entendu, à condition que l'état pulmonaire et général permette l'intervention.

Mais la tuberculose ulcéreuse de l'intestin n'est justiciable de la chirurgie que si elle est diagnostiquée de façon précoce. Or, ce diagnostic est particulièrement difficile; cependant il est possible si l'on procède à l'analyse serrée des signes cliniques et radioscopiques (les méthodes de laboratoire — recherche des bacilles, du pus et du sang dans les selles — ne donnant que des renseignements très infidèles).

Cliniquement, en réunissant tous les symptômes de localisation intestinale de la tuberculose, Bonafé a proposé schématiquement de classer les modes de début de la tuberculose intestinale en 5 catégories : 1° début latent par fléchissement de l'état général; 2° début larvé par dyspepsie gastrique; 3° début par douleurs abdominales; 4° début par hémorragie intestinale; 5° début par phénomènes diarrhéiques. L'apparition de l'un quelconque de ces symptômes devra toujours inciter à un examen complet du sujet et, en particulier, à un examen radiologique qui, lorsqu'il donnera une image nette (image vacuolaire, signe de Stierlin) et observée à des examens successifs, permettra presque à coup sûr d'affirmer une lésion ulcéreuse à ce niveau et de guider la conduite thérapeutique. En fin de compte, la laparotomie exploratrice constituera dans certains cas le meilleur moyen de diagnostic et il ne faudra pas y recourir trop tard. Une fois les lésions sous les yeux, le chirurgien, connaissant leur siège et leur étendue, sera à même d'apprécier la meilleure conduite à suivre.

L'opération idéale est l'exérèse, pratiquée en un ou deux temps ; c'est celle qui assurera les plus beaux succès, parce que seule elle peut assurer une guérison définitive et mettre à l'abri des récidives; mais elle est grevée d'une mortalité assez forte et elle ne peut être appliquée que chez des sujets suffisamment résistants et présentant des lésions relativement localisées. Cependant, on est arrivé à réséquer plus de 2 mètres d'intestin sans compromettre trop gravement la nutrition.

Le plus souvent, on sera obligé de se contenter d'opérations palliatives — entéro-anastomose, avec ou sans exclusion uni- ou bilatérale — qui pourront également donner des améliorations très notables et même des guérisons semblant définitives. Bonafé cite même 2 cas où la simple laparotomie a donné des succès vraiment inespérés. De même, Archibald a obtenu des améliorations par l'établissement d'un anus artificiel sur le cæcum, dans des cas où les lésions étaient disséminées sur une partie du grêle et la totalité du côlon.

En résumé, si la tuberculose intestinale, dans sa variété ulcéreuse, est dépistée à temps, elle ne doit plus avoir le pronostic fatal qui lui était réservé autrefois : le traitement chirurgical devra être tenté souvent et précocement, et donnera fréquemment des résultats intéressants.

J. Dumont.

L. Bérard, J. Creyssel et P. Colson (Lyon). ***Le traitement actuel du cancer de la parotide*** (*Lyon chirurgical*, tome XXVII, n° 3, Mai-Juin 1930. — Le cancer de la parotide est relativement rare. Il se développe tantôt sur une glande entièrement saine, tantôt sur une tumeur mixte, d'évolution jusque-là lente et bénigne, par dégénérescence de l'élément épithélial presque toujours. Qu'il s'agisse d'épithélioma glandulaire vrai, plus ou moins atypique ou, plus rarement, d'épithélioma canaliculaire dendritique, ou encore de ces épithéliomas pavimenteux lobulés dont on a discuté l'origine branchiale, la tumeur revêt, au point de vue macroscopique, 2 types différents bien individualisés : le squirrhe, tumeur dure, rétractile, peu vasculaire, fixant solidement la peau sur la glande et la glande sur les parties profondes et l'encéphaloïde, masse mollasse, formée de bourgeons vasculaires, d'abord encapsulée mais qui rapidement effondre l'aponévrose parotidienne externe pour infiltrer et ulcérer les téguments. L'envahissement des parois profondes de la loge et du squelette se fait plus tardivement. L'extension lymphatique, à sa première étape, reste localisée aux ganglions intraparotidiens; mais, très précocement dans l'encéphaloïde, plus tardivement dans les squirrhes, elle atteint les ganglions cervicaux. Les métastases sont rares et tardives (foie, poumon, moelle, squelette, etc.).

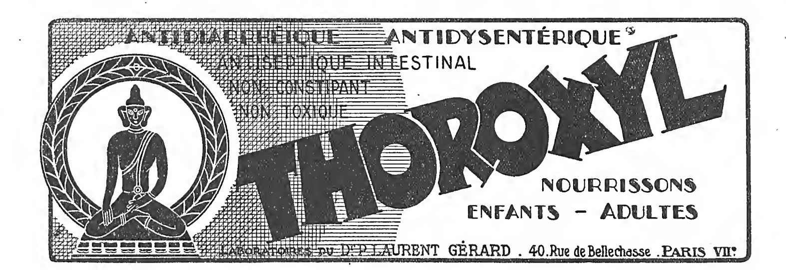
Il résulte de ce très bref rappel que, très souvent, le cancer parotidien est vu à une phase où les conditions anatomiques permettent encore une exérèse complète, à la vérité difficile, mais satisfaisante, de la tumeur et de ses ganglions. B., C. et C. décrivent une technique de la parotidectomie qui permet d'enlever en bloc, en un temps, la totalité de la glande parotide et la chaîne ganglionnaire cervicale du côté opéré. Lorsque le néoplasme a déjà envahi au delà des parois de la loge glandulaire, la parotidectomie doit être élargie « à la demande des lésions » et on peut être appelé à réséquer partiellement l'apophyse mastoïde ou l'arcade zygomatique, à sacrifier l'oreille et le muscle temporal, à réséquer la jugulaire interne, etc. Seule la carotide interne doit être ménagée à tout prix et marquer la limite de l'opérabilité dans cette direction. Dans ces cas de parotidectomie élargie, atypique, où, malgré l'étendue des sacrifices, on ne sera pas sûr d'avoir extirpé tout le mal qu'on pourra, on devra associer à la chirurgie le traitement par les agents physiques : radiothérapie et curiethérapie.

Et voici, en définitive, comment B. C. et C. formulent les indications thérapeutiques dans les différentes formes de ce cancer :

1° Il est, tout d'abord, des formes qui contre-indiquent toute tentative de thérapeutique radicale : formes avec englobement et compression des organes de l'espace sous-carotidien postérieur (carotide interne, en particulier), formes avec extension cutanée en plaques (squirrhe diffus) ;

2° A l'opposé de ces formes, il en est qui permettent de tenter la thérapeutique radicale dans les conditions les plus favorables : ce sont les formes où les lésions n'ont pas dépassé cliniquement les limites de la loge parotidienne, sauf au niveau de la paroi cutanée souvent plus ou moins infiltrée, et des ganglions cervicaux, souvent déjà envahis. Dans ces cas, l'indication thérapeutique n'est pas discutable : l'ablation chirurgicale précoce et large reste, aujourd'hui encore, l'acte essentiel du traitement; mais il faut le compléter, pour essayer de diminuer les chances de récidive, par l'application radiothérapique ou curiethérapique consécutive ;

3° Il est enfin des cas où, bien qu'il se présente dans des conditions moins favorables, le traitement radical doit encore être tenté. Tantôt il s'agit de lésions qui par leur diffusion ne sont plus justiciables de la parotidectomie idéale en vase clos, mais qui peuvent encore être extirpées, au prix d'une exérèse large, faite à la demande des lésions, sans souci des sacrifices squelettiques et de la réparation cutanée. Tantôt il s'agit de formes récidivées après traitement chirurgical ou après traitement radiothérapique : dans le premier cas



ANTIDIARRHÉIQUE — ANTIDYSENTÉRIQUE
ANTISEPTIQUE INTESTINAL
NON CONSTIPANT
NON TOXIQUE
THOROXYL
NOURRISSONS
ENFANTS - ADULTES
LABORATOIRES DU Dr P. LAURENT GÉRARD . 40. Rue de Bellechasse . PARIS VII°

la même conduite s'impose que pour les formes primitives étendues ; dans le second, toute nouvelle tentative de traitement par des rayons étant contre-indiquée du fait de la radio-résistance acquise, c'est encore à l'exérèse chirurgicale large qu'il faudra recourir, malgré les conditions souvent mauvaises dans lesquelles elle se présente (trophicité médiocre des tissus, difficulté de déterminer la limite exacte des lésions trophiques et des lésions néoplasiques); mais on la fera suivre d'un traitement complémentaire radiumthérapique, le radium étant susceptible de réussir après l'échec de la radiothérapie.

Les résultats obtenus au centre anticancéreux de Lyon par l'application des principes thérapeutiques exposés ci-dessus sont des plus encourageants. Sur 15 malades traités depuis plus de 3 ans, 9 sont morts après des survies de 4 ans (1 cas), 3 ans (1 cas), 2 ans (1 cas), quelques mois (4 cas); 5 sont vivants et cliniquement guéris depuis 6 ans (1 cas), 5 ans (2 cas), 4 ans (1 cas), 3 ans (1 cas) : ces chiffres représentent 33 pour 100 de guérison après 3 ans. J. Dumont.

LA TUNISIE MÉDICALE

(*Tunis*)

Brun (Tunis). ***Quelques réflexions sur les tumeurs malignes primitives de l'intestin grêle, d'après 4 observations récentes*** (*La Tunisie médicale*, tome XXIV, nº 5, Mai 1930). — Voici d'abord, très résumées, les 4 observations de B. :

Obs. I. — Homme, 30 ans. Depuis 4 mois, crises douloureuses épigastriques survenant après les repas, calmées par les vomissements. Constipation rebelle. Jamais d'hématémèses ni de melæna. Amaigrissement. Masse dans l'hypocondre gauche, du volume du poing, dure, mobile, douloureuse à la pression. A l'opération, tumeur de l'origine du jéjunum, formée de trois petites masses en chapelet, séparées par des rétrécissements. Ganglions mésentériques. Résection de 35 cm. de jéjunum et ablation des ganglions; entéro-anastomose bout à bout. Guérison opératoire. Examen histologique : lymphosarcome.

Obs. II. — Femme, 33 ans. Douleurs abdominales. Un peu au-dessus de l'ombilic, tumeur du volume d'un œuf de poule, dure, douloureuse, mobile. On porte le diagnostic de tuberculose ganglionnaire mésentérique. A la laparotomie, tumeur de la partie moyenne de l'iléon. Résection de 20 cm. d'intestin et ablation des ganglions. Guérison opératoire. Examen histologique : lymphosarcome.

Obs. III. — Enfant, 12 ans, qu'on croit atteint de tuberculose mésentérique. Or, à l'opération, on trouve une tumeur pédiculée, siégeant sur la fin de l'iléon. Résection intestinale suivie d'anastomose termino terminale. Guérison opératoire. Examen histologique : lymphosarcome.

Obs. IV. — Homme, 40 ans. Depuis plusieurs années, douleurs dans la région de l'estomac, s'accompagnant de vomissements. Jamais d'hématémèse ni de melæna. Douleur à la pression au niveau du duodénum : les calques radiographiques indiquent une déformation du bulbe. Réactions de Weber et de Meyer positives. A l'opération, au niveau de l'angle duodéno-jéjunal, tumeur grosse comme une orange, dure, bosselée. Quelques ganglions assez volumineux dans le mésentère. Mésocôlon transverse infiltré, œdémateux. On se borne à faire une gastro-entérostomie. Suites opératoires bonnes. Le malade, revu 8 mois après, se déclare très amélioré.

Les tumeurs malignes primitives de l'intestin grêle passent pour très rares. Ce sont soit des sarcomes — le plus fréquemment — soit des épithéliomes.

Les *épithéliomes*, exceptionnels, affectent le plus souvent la forme d'une tumeur circulaire sténosante.

Les *sarcomes*, au point de vue anatomo-pathologique, présentent deux variétés : une forme circonscrite, une forme diffuse. La tumeur est de volume variable et peut être de dimension considérable. Cette tumeur, circulaire, présente un caractère capital ; elle ne rétrécit pas l'intestin; au contraire, elle en augmente parfois le calibre. Les ganglions régionaux sont envahis dans 75 pour 100 des cas et forment souvent une grosse tumeur accolée au sarcome intestinal. Les métastases viscérales ne sont pas rares.

Au point de vue étiologique, on constate que les hommes en sont plus fréquemment atteints que les femmes et qu'aucun âge n'est à l'abri de cette redoutable affection.

Au point de vue clinique les symptômes physiques sont surtout les plus importants et les plus fréquents. On ne fait malheureusement de diagnostic que lorsque la tumeur a un certain volume ; elle apparaît alors d'un volume variable (œuf de poule, tête de fœtus), elle est dure, bosselée, indolore, ordinairement mobile pendant très longtemps, mate à la percussion. Dans les cas où la tumeur est sténosante, on trouve alors le tableau clinique des sténoses du grêle avec tout son cortège symptomatique : douleurs à formes de coliques, alternatives de constipation et de diarrhée, vomissements. L'état général se maintient bon très longtemps, puis l'anorexie, les douleurs, les vomissements provoquent un amaigrissement qui augmente et confine bientôt à la cachexie. Pas de fièvre, pas de melæna. L'ascite est assez fréquente. Deux complications peuvent hâter la fin de ces malades : l'occlusion et la péritonite consécutive à une perforation.

Somme toute, très peu de symptômes pathognomoniques pouvant faire sûrement penser à la nature de cette tumeur. Ajoutons que bien souvent, pièces en mains, le diagnostic peut être hésitant et n'est souvent affirmé que par un examen histologique. Pratiquement on porte toujours le diagnostic de tuberculose, même quand le ventre est ouvert et quand on a les lésions sous les yeux.

L'erreur de diagnostic n'est d'ailleurs pas préjudiciable aux malades, puisque, dans tous les cas, la laparotomie s'impose.

Ce fait que macroscopiquement les tumeurs malignes primitives de l'intestin grêle ont toutes les apparences d'une tuberculose permet de supposer qu'elles ne sont peut-être pas si rares qu'on le dit, beaucoup d'entre elles ayant dû passer inaperçues parce qu'étiquetées « tuberculose » et n'ayant donné lieu à aucun examen histologique, le chirurgien s'étant borné à refermer le ventre, après une constatation sommaire de la lésion. Enfin beaucoup de malades ont dû succomber à des complications (occlusion ou péritonite par perforation), sans que la cause exacte de ces complications ait été déterminée. J. Dumont.

BRUXELLES MÉDICAL

R. Crousse (Bruxelles). ***La hernie vaginale postérieure et son traitement*** (*Bruxelles médical*, tome X, nº 33, 15 Juin 1930). — La hernie vaginale passe pour être une affection très rare. Il est certain que la variété antérieure (élytrocèle vaginale antérieure) est tout à fait exceptionnelle. Mais la variété postérieure est vraisemblablement moins rare qu'on ne le croit; il est probable, en effet, que, si l'on contrôlait attentivement tous les cas de prolapsus de la paroi vaginale postérieure que l'on considère comme des rectocèles, on trouverait qu'un certain nombre d'entre elles sont en réalité des élytrocèles.

La hernie vaginale est généralement acquise, survenant chez des prédisposées, c'est-à-dire chez des sujets présentant une profondeur anormale du cul-de-sac de Douglas : une grossesse, de l'ascite, une tumeur abdominale favorisent chez ces prédisposées la formation de la hernie.

Celle-ci se manifeste le plus souvent sous forme d'une tuméfaction arrondie, régulière, recouverte à sa surface d'une muqueuse vaginale saine, faisant une saillie plus ou moins forte à la vulve et présentant les caractères habituels des hernies : augmentation de volume à l'effort, impulsion communiquée au doigt qui l'explore pendant la toux, réductibilité avec gargouillement. Le toucher vaginal complète ces données et le toucher rectal montre qu'il ne s'agit pas d'une simple rectocèle.

Les principes de la cure de la hernie vaginale ne diffèrent pas de ceux de la cure de n'importe quelle autre hernie. Elle comporte l'incision habituelle pour rectocèle ou cystocèle, l'isolement et la ligature du sac, plusieurs fils en bourse comprenant dans leurs masses les ligaments utéro-sacrés, l'isthme utérin et la séreuse rectale, et assurant ainsi la fermeture complète de l'anneau interne de la hernie, fermeture que certains chirurgiens ont réalisée à plus grands frais par une laparotomie. Une colpo-périnéorraphie avec myorraphie des releveurs est ensuite pratiquée.

C. a opéré de cette façon une femme de 41 ans, qui, 2 mois avant, à la suite d'un effort, s'était aperçue de la présence d'une tuméfaction vulvaire qui n'avait fait que croître ensuite jusqu'à atteindre le volume d'un œuf d'oie. L'opération fut suivie d'une guérison parfaite qui se maintenait encore 1 an 1/2 après. J. Dumont.

LE SCALPEL

(*Bruxelles*)

F. Sluys. ***La rœntgenthérapie totale dans la lymphogranulomatose maligne (polyadénie à cellules de Sternberg)*** (*Le Scalpel*, tome LXXXIII, nº 27, 5 Juillet 1930). — Le tissu de granulation de la lymphogranulomatose maligne de Hodgin-Paltauf-Sternberg est d'une très grande radio-sensibilité.

Lorsque la dose initiale de rayons X a été violente et courte, on a parfois un gonflement qui précède la résorption. Les doses trop fortes sont dangereuses, la fonte brusque, la destruction en masse d'une grande quantité de cellules peuvent être dangereuses ; on a cité des cas de mort.

La rœntgenthérapie doit être prudente à doses fractionnées. S. emploie une technique qui lui permet d'étendre les irradiations à tout le système réticulo-endothélial, c'est-à-dire à l'organisme tout entier. Il la pratique à distance, par vastes champs séparés. Tout le corps est irradié par 12 à 14 portes d'entrée et quelquefois davantage, sans tenir compte des localisations des tumeurs apparentes, selon un plan préétabli toujours le même. Les ganglions non irradiés subissent les effets des irradiations appliquées à d'autres régions. La stérilisation définitive est produite chez les femmes et il est bon de surveiller le sang.

Cette irradiation totale et systématique serait plus efficace. Pour S., on n'irradie jamais assez un sujet atteint de lymphogranulomatose maligne. Robert Clément.

BOLLETTINO della SEZIONE ITALIANA della SOCIETA INTERNAZIONALE DI MICROBIOLOGIA

(*Milan*)

A. F. Canelli. ***Sur une infection généralisée mortelle provoquée par le muguet chez un nourrisson*** (*Bollettino della Sezione italiana della Società internazionale di Microbiologia*, tome II, fas. 8, Août 1930). — Un nourrisson de 3 mois 1/2, très hypotrophique, pâle, œdémateux, présentant à la face intérieure des cuisses et autour des organes génitaux et de l'anus des lésions eczéma-

teuses vésiculeuses et papuleuses (syphiloïdes post-érosives de Sevestre et Jacquet), est atteint, en outre, d'un muguet très étendu de la muqueuse des fosses nasales, de la bouche, de la langue, du pharynx et même du larynx (ainsi qu'en témoignent des accès de respiration striduleuse). L'examen microscopique révèle la présence d'*endomyces albicans* (ou *oïdium albicans*).

Un traitement à l'acide borique mélangé au bicarbonate de soude amène une amélioration très rapide des lésions buccales, mais celles du nez s'aggravent : l'excrétion purulente se montre très riche en muguet, streptocoques et staphylocoques pyogènes. Il se manifeste, en outre, une otite moyenne purulente bilatérale qui donne les mêmes champignons et microbes à l'examen microscopique. Quelques jours après, se déclare une broncho-pneumonie très grave probablement causée par les mêmes agents pathogènes. Pendant ce temps apparaissent aussi les symptômes d'une méningo-encéphalite à caractère convulsif, la rate grossit, l'urine se montre chargée en albumine et en indican et dans le sédiment on peut observer de petits filaments très minces mêlés à des corpuscules ovoïdes nucléés : ils sont très altérés, mais on a néanmoins l'impression qu'il s'agit de spores de muguet. L'enfant présente une diarrhée cholériforme, du météorisme abdominal, le foie devient volumineux. La température, du type rémittent, monte à 40°5. La peau est très pâle, l'œdème du visage et des membres inférieurs est très marqué. L'articulation du poignet droit est un peu tuméfiée, avec peau violacée, chaude ; elle est très douloureuse à la moindre pression ou à l'occasion des mouvements. Il en est de même de l'articulation du cou-de-pied gauche : à la partie postérieure, une zone de la dimension d'une pièce de 10 lires italiennes est particulièrement tuméfiée ; elle s'ouvre bientôt donnant issue à quelques gouttes d'un pus crémeux, jaune grisâtre, inodore, dans lequel on trouve plusieurs staphylocoques, un petit nombre de streptocoques et un grand nombre de filaments avec des spores de muguet. L'enfant meurt.

L'autopsie n'a pu être faite, mais de l'ensemble des phénomènes et constatations énumérés ci-dessus, il n'y a pas de doute, estime C., qu'il y ait eu, dans ce cas, infection généralisée par l'*oïdium albicans*, infection partie de la bouche et qui, par embolies successives, a atteint le cerveau, le poumon, le rein, la rate, les articulations, la peau. Ces faits d'invasion du courant sanguin par le champignon du muguet sont, sans doute, tout à fait exceptionnels. J. Dumont.

MEDIZINISCHE KLINIK

(*Berlin, Prague, Vienne*)

S. Plaschkes. ***La répartition de la graisse dans le tégument de la paroi abdominale et la signification qu'elle présente pour le diagnostic*** (*Medizinische Klinik*, t. XXVI, n° 24, 13 Juin 1930). — L'augmentation de volume de l'abdomen ne permet pas toujours de discerner facilement ce qui est dû à l'épaississement de la paroi et ce qui peut être l'indice d'un épanchement liquide dans le péritoine, d'une distension gazeuse de l'abdomen ou d'une tumeur.

P. conseille de commencer toujours l'examen par une exploration des tissus graisseux de la paroi. En faisant, entre deux doigts, une série de plis horizontaux à la paroi, dans la région ombilicale et dans les flancs, on apprécie facilement l'épaisseur du pannicule adipeux. A l'état normal — et sauf chez les sujets extrêmement maigres — cette épaisseur est notablement plus grande au pourtour de l'ombilic que dans les régions latérales. Le rapport est de 1 à 3 chez les sujets moyens, il est de 1 à 10 chez les obèses. La disparition ou l'amincissement de la couche graisseuse péri-ombilicale est généralement l'indice d'un processus pathologique intraabdominal.

Dans certains cas, l'épaisseur de la paroi est différente d'un côté à l'autre : cela traduit toujours l'existence d'une lésion profonde.

Quand la paroi paraît plus épaisse sur les flancs qu'autour de l'ombilic, c'est qu'il y a œdème, et l'on peut conclure à un processus pathologique.

L'existence habituelle d'un amas graisseux autour de l'ombilic explique la rareté relative des vergetures dans cette région. Sa disparition est la cause du déplissement de l'ombilic, que l'on observe dans les grosses ascites ou dans les cas de tumeurs volumineuses. J. Mouzon.

L. Guttmann. ***L'importance de l'encéphalographie pour le diagnostic et pour le traitement de la paralysie infantile*** (*Medizinische Klinik*, tome XXVI, n° 24, 13 Juin 1930). — Il est le plus souvent impossible, en présence d'une encéphalopathie infantile (hémiplégie ou épilepsie, en particulier), de faire le diagnostic purement clinique de son étiologie et des lésions auxquelles elle correspond. A cet égard, l'encéphalographie, que G. a utilisée à la clinique psychiatrique de Hambourg et à la clinique neurologique de Breslau, peut fournir des renseignements précieux.

G. distingue 4 sortes d'images, qui correspondent à 4 sortes de lésions.

Le 1er groupe est constitué par les images de porencéphalie : cavités communiquant avec le ventricule, ou bien avec les espaces sous-arachnoïdiens, ou bien à la fois avec le ventricule et avec les espaces sous-arachnoïdiens. La localisation des lésions correspond, généralement, avec le type des signes cliniques, mais l'étendue des lésions n'est nullement en fonction de l'intensité de ces symptômes. Dans certains cas, les lésions de porencéphalie ne sont pas visibles par l'encéphalographie, soit que la cavité soit incluse à l'intérieur de la substance cérébrale, soit qu'elle se trouve oblitérée par des adhérences cérébro-méningées.

Le 2e groupe comprend les atrophies cérébrales sans porencéphalie. L'encéphalographie montre une hydrocéphalie interne, qui peut être associée à une hydrocéphalie externe.

Dans le 3e groupe se rangent les malformations cérébrales. S. cite un cas, dans lequel la déformation ventriculaire avait permis de soupçonner pendant la vie une malformation. L'autopsie montra un arrêt de développement cérébral avec absence du corps calleux.

Le 4e groupe est celui des lésions méningées : l'encéphalographie permet quelquefois de les déceler sous forme de bulles gazeuses limitées périphériques, qui correspondent à des formations piales kystiques. J. Mouzon.

A. Rikl. ***Observations personnelles sur l'action thérapeutique de l'irradiation splénique dans les leucémies myéloïdes chroniques*** (*Medizinische Klinik*, tome XXVI, n° 24, 13 Juin 1930). — R. rapporte les résultats des traitements de radiothérapie splénique qui ont été poursuivis dans 31 cas de leucémies myéloïdes, à la clinique du professeur Hirsch, à Bonn. Ces résultats confirment l'efficacité de ce traitement, mais il s'agit d'une thérapeutique purement symptomatique et, de même que Klewitz ou Schutter, Minot, R. croit qu'elle n'est pas susceptible de prolonger l'existence des leucémiques ; elle détermine seulement une rémission spontanée, analogue à celle qu'on observe parfois spontanément dans cette affection. D'autre part, c'est une règle absolument générale, que l'efficacité de la radiothérapie s'épuise rapidement : les premières séances agissent bien, tant sur la formule sanguine que sur la splénomégalie et sur l'état général, mais au fur et à mesure des rechutes successives, les symptômes deviennent plus réfractaires à la radiothérapie, et il vient un moment où le traitement n'agit plus.

R. illustre ces notions par l'observation d'un malade, chez lequel la radiothérapie avait été commencée 10 mois après l'apparition des premiers symptômes, à l'âge de 22 ans, en 1924. La rate était énorme et descendait jusque dans le petit bassin. Il y avait 402.000 globules blancs, dont 27 pour 100 de myélocytes. Dès les premières séances, le résultat fut remarquable : en 4 semaines, la splénomégalie avait régressé jusqu'à hauteur de l'ombilic ; le poids avait repris de 61 à 66 kilogr. ; le chiffre des globules blancs était retombé à 56.000, pour atteindre 13.800 un mois plus tard. Cependant, splénomégalie et formule leucémique reparurent peu à peu. En 1925, 1926 et 1927, de nouvelles cures de radiothérapie déterminèrent encore des rémissions, mais de moins en moins marquées, et, en 1928-1929, il se produisit une grave rechute, les leucocytes étant au nombre de 500.000, avec 44 pour 100 de myélocytes, et la splénomégalie s'étendant jusqu'à un travers de main au delà de la ligne médiane au niveau de l'ombilic. Cette poussée ne céda que tardivement et partiellement à des séances répétées de radiothérapie intense. Un an plus tard, en Février 1930, il y avait encore 200.000 globules blancs. Le malade avait reçu, en tout, 32 séances de radiothérapie splénique, qui représentaient 10 doses d'érythème.

Les phases terminales, avec fièvre intermittente et avec diathèse hémorragique ne sont nullement améliorées par les rayons X. Dans 1 cas, R. a vu un syndrome de leucémie aiguë se déclencher pendant le traitement radiothérapique. Il n'a jamais vu une leucémie myéloïde se montrer complètement réfractaire d'emblée aux rayons, qui restent, actuellement, le traitement de choix de l'affection, mais dont l'effet doit être contrôlé par des examens hématologiques périodiques. J. Mouzon.

O. Marburg. ***Enquête sur le traitement de l'insomnie : introduction*** (*Medizinische Klinik*, tome XXVI, n° 25, 20 Juin 1930). — M. insiste sur la nécessité de régler le traitement de chaque insomnique suivant les particularités de son cas individuel, et en tenant compte des causes de son insomnie.

Il faut d'abord mettre à part l'insomnie liée à une affection organique et aux symptômes qui en sont la conséquence : douleur ou dyspnée, par exemple. Ce sont alors ces symptômes qu'il faut combattre.

Parmi les « insomnies nerveuses », M. distingue 2 variétés principales : l'insomnie par anxiété et l'insomnie par épuisement. Les anxieux ont surtout besoin d'un traitement psychothérapique, dont l'élément essentiel doit être la suggestion à l'état de veille, de préférence à l'hypnose. On peut y joindre des médications calmantes, mais à condition de les faire prendre pendant la journée, non pas le soir au moment où le malade se couche. Les fatigués ont surtout besoin de prescriptions d'hygiène pour mieux régler leur travail : un repos mieux compris au milieu de la journée, une promenade d'une heure au grand air, une meilleure aération de la pièce où il travaille, suffisent quelquefois pour rendre le sommeil au surmené. L'hydrothérapie (bains de pieds, enveloppements humides, bains tièdes prolongés, quelquefois le soir, avant le soir, souvent aussi de préférence dans la journée, avant 4 heures) est aussi indiquée chez ces malades, à condition qu'on n'en abuse pas. Naturellement, les insomniques par fatigue ne doivent pas prendre de calmants, mais ils ont plutôt besoin de toniques.

Il est très important de veiller à tous les détails d'installation de la chambre, du lit, du couchage, d'éviter le bruit de la rue, les lectures excitantes, les repas trop abondants, les excès alcooliques ou vénériens.

Les hypnotiques doivent être classés en deux groupes du point de vue pratique : ceux qui visent à endormir, et ceux qui rendent le sommeil plus

profond. Parmi les premiers, M. cite l'adaline, le bromural, le sédormide, éventuellement les bromures, l'opium; parmi les seconds, les barbituriques (véronal, luminal et leurs dérivés). Ces deux catégories ne doivent pas être données indifféremment.

Il faut étudier, pour chaque cas, l'hypnotique qui convient, la dose nécessaire, qui est très variable d'un snjet à l'autre, la tolérance et l'élimination. Il est bon aussi de varier les hypnotiques, de manière à empêcher l'accoutumance, car rien n'est plus difficile que de guérir l'accoutumance à un hypnotique.

E. Stransky admet, dans leurs grandes lignes, les conclusions de M., mais il est plus optimiste que lui à l'égard de l'hypnosie, qu'il utilise volontiers chez les insomniques, sauf chez les schizoïdes ou schizophrènes et les sujets dont l'appareil circulatoire est lésé. MOUZON.

H. Krisch. ***Enquête sur le traitement de l'insomnie : réponse*** (*Medizinishe Klinik*, t. XXVI, n° 25, 20 Juin 1930). — K. traite différemment l'insomnie selon les conditions dans lesquelles elle se produit.

Chez les aliénés qui sont en proie à une grande excitation, il utilise l'association scopolamine (1/2 centigr.) ou morphine (1 centigr.), qu'il renouvelle au besoin trois fois par jour.

Chez les mélancoliques, il utilise de préférence le véronal avec un liquide chaud, sauf s'il y a défaut de perméabilité rénale; on peut également utiliser le luminal à la dose de 0,10 à 0,30 gr. selon la tolérance individuelle, ou le paraldéhyde à la dose de 5 gr., dont le goût désagréable aide parfois l'efficacité par suggestion.

Il y a avantage à ne donner, autant que possible, des hypnotiques qu'une nuit sur deux.

Chez les petits psychopathes, il faut s'abstenir autant que possible de tout médicament hypnotique : le traitement psychothérapique, l'hydrothérapie, dont les formes doivent être adaptées par tâtonnement à chaque cas constituent alors le traitement de choix.

K. entre dans le détail pratique des procédés de psychothérapie, qu'il faut envisager séparément, selon que le malade ne peut s'endormir, ou qu'il est réveillé dans son sommeil. Il étudie le rôle néfaste de la phobie de l'insomnie et de la « volonté de se forcer au sommeil », la nécessité d'interposer une occupation indifférente entre un travail cérébral intensif et le sommeil, le mentisme et les moyens de le combattre, l'habitude de s'endormir toujours à la même heure, l'inconvénient de coucher les enfants de trop bonne heure, enfin l'intervention des conflits de conscience et des préoccupations sexuelles. L'analyse psychologique est parfois utile pour mettre en évidence le désir inconscient d'utiliser son insomnie au bénéfice de sa volonté de puissance, ou de fuir un sommeil qui ramène des rêves de nature criminelle.

Chez les malades qui sont réveillés dans leur sommeil, le rôle de la psychanalyse est plus important encore. Il faut apprendre à ces malades à se souvenir de leur rêve et des sentiments refoulés de haine ou de libido qui en sont le point de départ. Le phénomène du « réveil retardé » serait également en rapport avec les rêves, et relèverait, lui aussi, de la psychanalyse.

J. MOUZON.

H. Curschmann. ***Enquête sur le traitement de l'insomnie : réponse*** (*Medizinische Klinik*, t. XXVI, n° 25, 20 Juin 1930). — C. insiste sur la fréquence des insomnies de cause organique (troubles circulatoires, troubles de l'éliminatiom rénale, asthme, toux, troubles gastriques (ou intestinaux), dont l'origine ne se reconnaît que par un examen somatique méthodique et complet. La digitale, la strophantine, particulièrement efficace dans le cas des troubles de la perméabilité rénale, agissent, dans certains cas, mieux que n'importe quel hypnotique. Ce traitement de l'affection viscérale peut d'ailleurs s'associer à l'hydrothérapie, aux moyens physiques et à des médications symptomatiques telles que la valériane, le luminal ou surtout les opiacés. Mais il faut être, autant que possible, ménager des opiacés, dont C. a constaté, avec C. Banh, l'action antidiurétique ; pour épargner les opiacés, il est utile de les associer à des hypnotiques proprement dits. Par exemple on peut donner à la fois dilaudide et phanodorme, ou bien laudanum ou pantopon ou morphine et médilnal ou luminal sodique. L'opium doit être accompagné d'atropine, qui atténue ses effets vomitifs.

Dans les insomnies d'origine psychopathique, le rôle de l'épuisement et celui de l'excitation s'associent souvent. Selon les cas, la suggestion et la persuasion sont les méthodes thérapeutiques de choix. Mais il y a des cas où il faut renoncer à l'hypnose, et la psychanalyse peut, éventuellement, rendre des services. Le changement de milieu est souvent une indication majeure. Le climat optimum est très variable d'un cas à l'autre ; en général, ce sont la campagne ou l'altitude moyenne qui conviennent le mieux.

Pour guérir les malades qui ne peuvent s'endormir, il faut souvent songer à régler minutieusement les moindres détails des conditions dans lesquelles le malade se couche : température de la pièce, position de la tête, silence, chaud aux pieds.

Parmi les hypnotiques, C. admet l'alcool, à condition qu'on n'en fasse pas abus. Il estime qu'une bouteille de bière n'est pas plus dangereuse qu'un comprimé de luminal. Mais chez les névropathes, il est nécessaire de s'abstenir absolument d'opiacés et surtout de morphine.

Il y a avantage à alterner les hypnotiques et à intercaler, dans la cure, des jours sans hypnotiques, pour éviter l'accoutumance. Cependant il est beaucoup plus facile de déshabituer les malades des barbituriques que de la morphine, de la cocaïne ou de l'alcool. J. MOUZON.

F. Saile. ***L'influence de l'alimentation végétarienne sur la tenson artérielle*** (*Medizinische Klinik*, tome XXVI, n° 25, 20 Juin 1930). — Les avis sont toujours partagés sur la question de savoir si l'on doit permettre ou non la viande aux hypertendus. Sur le conseil du professenr Weitz, de Stuttgart, S. a entrepris, pour résoudre cette question, d'étudier la tension artérielle des moines, d'une part dans les ordres qui défendent la viande (Trappistes, Carmes, Chartreux), d'autre part, dans les ordres qui la permettent (Bénédictins, Franciscains).

La statistique porte sur 110 moines des ordres végétariens, et sur 115 moines des ordres qui tolèrent la viande. Elle montre que les premiers ont en général une pression artérielle notablement plus basse que les seconds. Aucun moine végétarien n'a une tension supérieure à 17 cm. 5, tandis que 5 moines non végétariens sont dans ce cas. Des tensions supérieures à 14 cm. 5 se rencontrent chez 5 végétariens, et chez 20 non végétariens, des tensions supérieures à 12 cm. chez 28 végétariens (25,4 p. 100), et chez 81 non végétariens (70,4 pour 100). Le fait est d'autant plus notable que les Trappistes, Carmes et Chartrenx examinés étaient, en général, plus âgés que les Bénédictins et les Franciscains.

Si l'on dresse la courbe des pressions moyennes à chaque âge (20 à 30 ; 30 à 40, etc.), pour chacun des deux groupes de moines, on constate que la tension des végétariens se tient, quel que soit l'âge, bien au-dessous de celle des non végétariens. La différence atteint 1 cm. 87 entre 40 et 50 ans, 2 cm. 9 entre 50 et 60 ans, 4 cmc 275 entre 60 et 70 ans, 3 à 4 cm. au-dessus de 70 ans.

S. discute les autres particularités de la règle de ces différents ordres et il n'y découvre aucune autre raison pour expliquer les inégalités de la pression artérielle. Il trouve, dans ses observations, une raison d'appuyer l'avis qu'émettait son maître Weitz, en 1929, au Congrès de médecine interne : les sujets qui sont prédisposés à l'hypertension par leur hérédité familiale devraient suivre un régime exclusivement végétarien.

J. MOUZON.

ANNALS OF SURGERY

(Chicago)

P. A. Mac Carthy (Philadelphie). ***Traitement des anévrismes de l'aorte thoracique et du tronc brachio-céphalique par l'anastomose artério-veineuse distale*** (*Annals of Surgery*, t. XCI, n° 2, Février 1930). — La ligature de l'artère au delà de l'anévrisme (méthode de Brasdor) est à reléguer dans l'oubli ; elle expose à la rupture du sac par surdistension ; elle a donné très peu de guérisons.

Babcock, en 1925, a essayé de traiter un anévrisme de la crosse de l'aorte par l'anastomose complète de la carotide primitive avec la jugulaire interne et a obtenu un succès qui durait encore 4 ans après et avait permis au malade de reprendre son travail. Le principe de cette opération consiste à diminuer la tension du sang dans l'anévrisme en augmentant la rapidité du courant sanguin qui traverse le sac : M. expose comment les lois de l'hydrodynamique expliquent cette diminution de tension intrasacculaire et, par suite, l'abaissement de la pression exercée latéralement sur les parois du sac On pourrait craindre une altération du cœur par diminution brusque de son travail ; mais elle n'a pas lieu si l'on établit le courant anastomotique lentement. Le danger de dilatation du cœur droit n'est pas non plus à craindre, car la masse totale du sang ne change pas, et l'excès de pression dans la veine a disparu à l'entrée dans l'oreillette droite. Enfin la persistance du *foramen ovale* a montré que le mélange du sang artériel et du sang veineux peut ne pas occasionner de trouble important.

L'auteur a étudié 10 cas d'anévrismes de la crosse de l'aorte et du tronc brachiocéphalique en vue de l'application de cette méthode, mais 8 seulement ont pu être opérés. Il s'agissait d'hommes de 40 à 55 ans, sauf une femme de 32 ans. Les symptômes duraient depuis 2 mois jusqu'à 5 ans. Dans tous les cas, il y eut une amélioration marquée et immédiate des symptômes au cours de l'opération. Il y eut 2 morts opératoires (soit 25 pour 100), dont l'une sous anesthésie au protoxyde, ce qui fait préférer l'anesthésie locale. Deux autres morts survinrent 4 et 5 semaines après l'opération, ce qui ferait une mortalité totale de 50 pour 100 ; mais il faut songer que ces malades, non opérés, sont voués à une mort rapide. Enfin 4 cas ont survécu et sont très améliorés.

L'opération expose à toutes les complications cérébrales classiques de la ligature de la carotide interne ; aussi doit-on prendre toutes précautions pour éviter de traumatiser les vaisseaux, pour lier la primitive aussi loin que possible de sa bifurcation ; et on pourrait envisager des opérations en plusieurs temps, avec ligatures temporaires progressives de la carotide primitive, pour faciliter la circulation collatérale.

La technique est la suivante : découverte des vaisseaux à la base du cou après section du sterno-mastoïdien ; isolement de l'artère et de la jugulaire interne ; ligature temporaire de l'artère puis de la veine ; ligature définitive un peu plus haut ; section des deux vaisseaux ; anastomose bout à bout des deux extrémités proximales de l'artère et de la veine ; relâchement très lent, durant au moins cinq minutes, des deux ligatures temporaires pour accoutumer le cœur à son nouveau régime.

M. GUIMBELLOT.

Arthritisme chez les enfants

La diathèse arthritique, qui n'atteint son plein développement qu'à l'âge adulte, est un tempérament morbide héréditaire aux manifestations multiples et polymorphes. En France, nous faisons rentrer dans l'arthritisme, non seulement les douleurs articulaires rhumatoïdes, les fluxions articulaires ou péri-articulaires indépendantes du rhumatisme aigu véritable et des pseudo-rhumatismes infectieux, les accès de goutte et les tophi uratiques des goutteux, mais encore l'obésité, les gravelles, la migraine, certaines névralgies, certains eczémas, certaines variétés de diabète, beaucoup de manifestations nerveuses (neurasthénie, psychasténie, excitation cérébrale, etc.).

Chez le jeune enfant, on peut rencontrer plusieurs de ces modalités de l'arthritisme, mais souvent à l'état d'ébauche, de développement incomplet. Chez le nourrisson, on notera une agitation insolite, un mouvement continuel et désordonné des membres, une anorexie nerveuse, de l'insomnie, des terreurs nocturnes, de l'incontinence d'urine.

Les manifestations cutanées attirent l'attention : érythème des fesses et des membres, séborrhée de cuir chevelu, eczéma de la face. Cet eczéma, suintant, prurigineux, croûteux, souvent impétiginisé par les grattages, s'observe chez des enfants bien développés, nourris au sein par leur mère ou par une bonne nourrice.

Tous les régimes, tous les topiques, tous les remèdes internes échouent lamentablement. Cette dermopathie tenace, qui ouvre la porte à des complications redoutables, à des métastases parfois mortelles, cédera, comme par miracle, à un changement d'air, au transport de l'enfant à la campagne ou à la montagne. Mais, bien souvent, l'eczéma guéri fait place à l'*asthme infantile*, manifestation très pénible de l'arthritisme héréditaire que l'on retrouve à l'âge adulte et dans la vieillesse.

L'obésité arthritique peut se déclarer de très bonne heure chez des nourrissons même non suralimentés, rationnés suivant toutes les règles.

Chez d'autres enfants, l'arthritisme se traduira par des vomissements paroxystiques et périodiques auxquels Marfan a donné le nom de vomissements acétonémiques. Au bout de quelques années, les vomissements ne se reproduisent plus ; ils seront parfois remplacés par la migraine ou par une autre expression de la diathèse arthritique.

On peut encore rattacher à l'arthritisme les troubles vasomoteurs de certains enfants : sueurs profuses, alternatives de rougeur et de pâleur, poussées de prurigo et d'urticaire. Quelques-uns ont des flux diarrhéiques, de l'entérite mucomembraneuse, du sable intestinal. Chez d'autres, c'est le foie qui paraît impressionné, congestionné, augmenté de volume avec subictère ou ictère catarrhal.

Moyens à mettre en œuvre pour prévenir les échéances lointaines de l'arthritisme :

1° Vie à la campagne, au grand air, dans le calme, avec exercices physiques, cure de soleil. Séjour au bord de la mer ou à la montagne. Pas de veillées tardives, pas de spectacles.

2° Alimentation saine, plus végétarienne que carnée. Allaitement naturel. Ne pas donner de viande aux enfants avant l'âge de 3 ans, surtout quand ils sont de souche arthritique. Si l'on veut prendre la dentition pour guide (4 canines sur 32 dents), l'homme n'est carnassier que pour 1/8. Pas de vin ni café noir, sobriété. Boire de l'eau.

3° Combattre la constipation par le régime (fruits cuits et crus, légumes verts, salades cuites, pain complet), et au besoin par les laxatifs et la solution genre Bourget (sulfate, bicarbonate, phosphate et citrate de soude).

4° Hydrothérapie sous forme de douches chaudes sans pression, de bains alcalins (150 à 200 gr. de carbonate de soude), de bains de mer très courts (3 minutes) dans certains cas.

5° Cures thermales (Vichy, Vals, Pougues, Evian, Vittel, La Bourboule, Bagnères-de-Bigorre) suivant les cas.

J. COMBY.

Thérapeutique alcaline par l'alimentation

La digestion gastro-duodénale peut être divisée en deux phases :

1° La digestion dans l'estomac proprement dit, qui se fait en milieu acide ;

2° La digestion dans le duodénum, estomac succenturié des anciens anatomistes, qui se fait en milieu alcalin.

Or, la sécrétion pancréatico-biliaire peut fréquemment détruire cette alcalinité duodénale, puisqu'on a vu la bile dans certains cas pathologiques avoir une réaction très acide allant jusqu'à p_H 4.

Peut-on remédier à cette insuffisance d'alcalinité en apportant à l'organisme, par l'alimentation, une réserve de sels alcalins ?



Les aliments végétaux et les fruits sont riches en sels alcalins, puisque leur teneur en chaux et en soude varie de 4 gr. à 12 gr. par kilogramme dans le tableau suivant :

Teneur alcaline par kilogramme.

Pois	12 gr. 20
Orge	11 gr. 50
Epinards	11 gr. 20
Pommes de terre	6 gr. 40
Carottes	5 gr. 94
Laitues	4 gr. 90
Endives	4 gr. 30

C'est dire que l'homme a quotidiennement la possibilité de faire une cure alimentaire alcaline.

Malheureusement la cuisine moderne, par ses procédés de cuissons au four, en friture, porte les aliments à des températures telles qu'il se produit des dissociations moléculaires de tous les sels alcalins.

Pour lutter contre cette destruction de l'alcalinité alimentaire, deux procédés culinaires sont à conseiller.

***

1° *Le non-blanchiment des légumes.* — Blanchir un légume, c'est afin de lui enlever certaines âcretés, le jeter dans l'eau bouillante avant de lui faire subir sa préparation définitive. Or, dans ce premier temps, tous les sels alcalins solubles sont dissous et éliminés de l'alimentation.

D'où nécessité de ne pas blanchir les légumes ou alors d'utiliser cette première eau de cuisson pour faire des potages ou des sauces.

***

2° *La cuisson à l'étuvée.* — Faire cuire un légume à l'étuvée, c'est le faire cuire à petit feu dans un récipient fermé, avec le minimum d'eau. Sous cette forme, aucun élément, ni organique, ni minéral, n'est porté à haute température. Tout cuit dans une atmosphère de vapeur d'eau voisine de 100°. On obtient ainsi une hydrolyse de la matière alimentaire qui la rend éminemment assimilable et *une conservation totale des sels alcalins.*

Certains légumes peuvent être cuits dans leur eau de constitution. Si on ajoute de l'eau à certains autres, on doit en mettre la quantité suffisante pour être totalement absorbée à la fin de la cuisson.

Ce mode de préparation n'a d'ailleurs pas le mérite d'être une innovation. C'est le procédé de nos grand'mères qui faisaient du mijotage des aliments le fond de leur science culinaire.

La fait-tout était le seul ustensile de cuisine employé pour cette préparation simpliste.

Les maîtres queux modernes, par des méthodes plus raffinées, ont flatté nos goûts de civilisés en sacrifiant l'alcalinité des aliments. Ils ont de ce fait contribué au développement de la dyspepsie duodénale et de toutes ses conséquences pathologiques.

LÉON-MEUNIER.

REVUE DES JOURNAUX

ARCHIVES INTERNATIONALES de LARYNGOLOGIE, OTOLOGIE, RHINOLOGIE et BRONCHO-ŒSOPHAGOSCOPIE (Paris)

J. Piquet et Minne. ***Etude clinique et traitement chirurgical de l'abcès encéphalique d'origine oto-mastoïdienne*** (*Archives internationales de Laryngologie, Oto-rhinologie et Broncho-œsphagoscopie*, tome IX, n° 1, Janvier 1930). — L'abcès encéphalique est, en règle, secondaire à une otite chronique; après un stade d'ostéite, l'envahissement intracranien se fait de proche en proche.

La classification de ces abcès doit tenir compte de leur pronostic et de la technique opératoire propre à chacun d'eux :

1° *L'encéphalite diffuse non purulente*, forme non chirurgicale, à pronostic très sombre;

2° *L'encéphalite purulente* comprenant elle-même : *a) l'abcès encéphalique diffus*; *b) l'abcès encéphalique à foyers multiples.*

3° *L'abcès unique ou circonscrit.*

Au point de vue clinique, il faut noter la fréquence de l'otorrhée à rechercher dans les antécédents même lorsqu'on se croit trouver en présence d'une otite aiguë (otite chronique réchauffée). L'absence de symptômes mastoïdiens constitue un signe négatif important et ne doit nullement, chez un otorrhéique chronique, faire écarter le diagnostic d'une complication encéphalique de cette otite. Tous les éléments du syndrome d'hypertension intracranienne ne s'installent que tardivement ; ils sont classiques. On notera cependant que des vertiges peuvent s'observer au même titre que dans les abcès cérébelleux, que des vomissements sont d'observation courante chez les enfants, que le nystagmus ne doit pas être considéré comme un élément de diagnostic différentiel avec l'abcès du cervelet; le syndrome oculaire n'est observé que dans les abcès d'évolution déjà ancienne (stase papillaire puis sclérose et atrophie optique); il n'y a véritablement hyperthermie que dans les cas d'envahissement des espaces sous-arachnoïdiens; l'examen du liquide céphalo-rachidien montre l'existence d'une leucocytose exagérée avec polynucléose marquée et la stérilité du liquide à l'examen bactériologique constitue une forte présomption en faveur de l'abcès. Quant aux signes de localisation, ils sont trop inconstants et trop imprécis pour permettre d'établir un diagnostic sûr.

La symptomatologie varie cependant suivant le siège de l'abcès : signes très accentués d'hypertension cranienne, avec vertiges et nystagmus dans les abcès du cervelet; aphasie le plus souvent sensorielle et hémianopsie dans les abcès temporo-sphénoïdaux; rareté de l'abcès du lobe frontal en tant que complication d'une otite; possibilité d'abcès occipitaux, par propagation à travers la substance cérébrale, où l'hémianopsie et les troubles visuels dominent le tableau.

Au point de vue thérapeutique, il faut aller à la recherche du pus, non pas en se basant sur les signes de localisation, si trompeurs en général, mais bien dans la région auriculaire; *la meilleure technique est de suivre les lésions, pas à pas, du foyer osseux à l'abcès, à travers les adhérences méningées.* Les autres voies d'accès sont discutées, en particulier la voie écailleuse. Faite à distance du foyer, elle a l'inconvénient de négliger le foyer primitif, d'où risque de laisser évoluer une récidive et de méconnaitre un abcès extra-dural. Il n'existe, d'autre part, par cette voie, aucune barrière d'adhérences susceptible de protéger les espaces sous-arachnoïdiens que l'on traverse; enfin cette voie exposerait plus qu'une autre à l'épilepsie traumatique post-opératoire. La voie pétromastoïdienne n'a aucun de ces inconvénients : elle permet de nettoyer complètement le foyer osseux (évidement pétro-mastoïdien); elle conduit directement sur les adhérences qui réalisent une exclusion des espaces sous-arachnoïdiens; elle permet de découvrir et de drainer un abcès extra-dural méconnu; elle rend possible la recherche de l'abcès aussi bien dans le cerveau que dans le cervelet; le seul danger de cette voie est l'infection possible des méninges ou du cerveau en cas de ponction blanche. Celle-ci ne sera faite qu'à bon escient; on évacuera ensuite le pus après avoir pratiqué une petite brèche durale à l'aide d'un fin ténotome; drainage filiforme; évacuation du pus à la pince de Kocher à chacun des pansements quotidiens suivants, au cours desquels on place des drains progressivement croissants suivant la technique de l'exclusion des espaces sous-arachnoïdiens de Lemaitre. La technique subira d'ailleurs des variations suivant la forme anatomique rencontrée. LEROUX-ROBERT.

ARCHIVES DE L'INSTITUT PROPHYLACTIQUE (Paris)

A. Vernes (Paris). ***Au sujet de l'enquête de la Société des Nations sur le traitement de la syphilis*** (*Archives de l'Institut prophylactique*, t. II, n° 2, Avril-Juin 1930). — V. reproduit les 100 graphiques extraits de la riche documentation de l'Institut prophylactique qu'il a envoyée à Genève en Janvier 1930 pour répondre à une enquête mondiale organisée par la Société des Nations.

En examinant un à un ces graphiques, on voit comment, de différentes manières, on arrive à la guérison des syphilitiques, qu'il s'agisse d'un porteur de chancre, de sujets atteints de syphilis acquise, sans ou avec participation des méninges, de sujets réinfectés ou d'héréditaires.

Dans tous les cas, il faut faire la preuve que le malade est débarrassé de son infection. Quand, le traitement étant arrêté sur une dernière injection d'arsénobenzène — jalon arsenical — le tracé sérologique a fait retour au zéro et s'y est maintenu lors de prélèvements de sang renouvelés de 30 en 30 jours pendant 8 mois et à la suite d'une ponction lombaire normale au terme de ces 8 mois, on n'a jamais observé, au cours d'une période d'observation qui achève aujourd'hui sa 19e année, ni réapparition de signes cliniques, ni réascension du tracé. Les sujets ainsi contrôlés peuvent contracter à nouveau la syphilis, ils ont toujours donné naissance à des enfants cliniquement et sérologiquement non syphilitiques.

Une planche hors texte représente à peu près la feuille d'observation employée à l'Institut prophylactique et constituant le dossier, facile à consulter, du malade en traitement. En regard, V. oppose l'exemplaire photographique d'un des cartons servant encore de document pour le traitement des syphilitiques dans certains hôpitaux. J. DUMONT.

A. Vernes, R. Bricq, A. Gager et H. Chauchard. ***Conditions expérimentales du diagnostic sérologique des cancers*** (*Archives de l'Institut prophylactique*, tome II, n° 2, Avril-Juin 1930). — Ce travail, comportant 17 graphiques de malades, fournit un aperçu d'ensemble sur les recherches poursuivies à l'Institut prophylactique depuis plusieurs années sur le sérum des cancéreux, recherches qui ont abouti à une sérofloculation analogue à celle par le péréthynol pour les syphilitiques.

Le réactif de choix est l'acétate de cuivre à faible concentration ou en solution concentrée suivant les cas. Les réglages ont été poursuivis d'après 169 sérums de cancers avérés, sous le contrôle d'observations détaillées fournies par l'Institut du Radium, l'Institut du Cancer et divers autres services hospitaliers de Paris.

Les degrés photométriques, successivement relevés chez le même malade, permettent de tracer un graphique de son infection.

Quand les cancéreux sont opérés avec succès ou réagissent favorablement au radium, la courbe baisse progressivement. Quand les choses tournent mal, la courbe monte rapidement. En cas d'amélioration et d'aggravation, il y a successivement descente et remontée de la courbe. J. DUMONT.

GAZETTE DES HOPITAUX (Paris)

H. Hartmann. ***Résultats éloignés du traitement des ulcères de la petite courbure*** (*Gazette des Hôpitaux*, tome CIII, n° 69, 27 Août 1930.) — Pour se rendre compte de la valeur thérapeutique des nombreux procédés employés contre l'ulcère de la petite courbure, l'auteur a recherché ce qu'étaient devenus ses opérés.

Gastro-entérostomie. — L'auteur a pu suivre 50 gastro-entérostomisés pendant un temps qui a varié de 1 à 22 ans. 27 ne présentent aucun trouble gastrique, ne suivent aucun régime et peuvent être regardés comme cliniquement guéris. 5 vont bien, mais suivent un régime. 8 ont présenté secondairement des troubles qui 4 fois ont disparu à la suite de quelques semaines de régime. 2 fois, il a fallu réintervenir : 1 pour des signes de rétention gastrique, 1 fois pour des crises douloureuses ; la simple section d'une bride épiploïque comprimant le jéjunum dans le 1er cas, une gastro-pylorectomie dans le 2e cas, amenèrent la guérison. 2 fois enfin, les malades ont présenté secondairement des signes de cancer : dans un de ces cas, la mort est survenue 15 mois après l'opération ; dans le 2e cas, les signes de cancer ne se sont montrés que 5 ans après.

Résection simple de la petite courbure. — 3 malades seulement, ayant subi une résection simple de la petite courbure, ont été suivis. Un a été bien pendant un an, puis, malgré un régime, a souffert de crises de diarrhée par insuffisance de la digestion des hydrates de carbone. Chez le 2e, 14 mois après l'opération, les troubles ont reparu ; une gastro-entérostomie secondaire les fit cesser. Le 3e resta bien pendant 6 mois, tant qu'il suivit un régime ; à la suite de la suppression de ce dernier, les troubles reparurent.

Résection avec gastro-entérostomie complémentaire. — 24 malades ainsi opérés ont été suivis.

2 opérés avec le diagnostic d'ulcère calleux, en réalité porteurs d'ulères cancéreux, ont succombé, l'un, au bout de 49 mois, de récidive manifeste avec ascite, l'autre après 2 ans 1/2, avec des lésions pulmonaires et vertébrales. 1 opéré d'ulcère calleux tuberculeux reste complètement guéri après 6 ans écoulés. 13 opérés ne suivent aucun régime et ne présentent aucun trouble gastrique. 8 ont eu des troubles gastriques; chez 4, ils ont été légers, ont rapidement cessé à la suite d'un régime ; chez 4, les troubles gastriques ont été plus sérieux et ont nécessité une nouvelle intervention (2 fois simple libération d'adhérences, 1 fois gastropylorectomie, 1 fois la réintervention — l'auteur ne dit pas de quelle nature — a été suivie de mort).

Résections segmentaires, — Des malades opérés suivant le procédé de Billroth II, 9 n'ont présenté aucun trouble digestif. 3, porteurs d'ulcères cancéreux, ont succombé au bout de quelques mois.

De 4 malades chez lesquels on avait fait une résection falciforme de la presque totalité de la petite courbure, 3 ne présentent aucun trouble, 1 conserve des digestions un peu lentes.

2 opérés suivant le procédé de Kocher vont très bien après 12 et 25 ans; 1, qui avait un ulcère cancéreux va également bien, mais l'opération ne date que de 18 mois.

6 opérés suivant le procédé de Reichel-Polya vont bien ; 1 a vu les douleurs reparaître aussi intenses qu'auparavant au bout de 7 mois.

Opérations pour estomac biloculaire. — Sur 12 *gastrectomies annulaires*, 8 malades ne suivent plus aucun régime et ne ressentent aucun trouble gastrique. 2 ont été très bien pendant des années, puis ont recommencé à souffrir et ont dû se remettre au régime. 3 suivent un régime relatif ayant quelques aigreurs et de l'acidité lorsqu'elles se fatiguent

9 gastro-entérostomies sur la poche cardiaque ont été suivies. 4 vont très bien et ne suivent aucun régime; un autre, qui allait également très bien, a succombé à la suite d'une opération pour cancer du rectum ; un autre, réopéré pour reprise de douleurs, a succombé à une opération de Polya ; un autre qui n'avait pas été soulagé par la G. E., a succombé au bout de 18 mois ; un autre a eu, 2 ans après l'opération, un melæna abondant ; enfin un dernier a de temps en temps un petit vomissement bilieux.

2 *gastro-entérostomies doubles* sur la poche cardiaque et sur la poche pylorique n'ont pas été suivies.

Gastroplastie. — 6 gastroplasties ont été suivies. 2, après 3 et 13 ans, n'ont aucun trouble gastrique. Dans un cas, la gastroplastie n'a donné aucun résultat et on a dû pratiquer une gastro-gastrostomie, puis une gastro-entérostonie qui ont été suivies de guérison.

Résection de la petite courbure et gastro-entérostomie. — 2 résections de la petite courbure combinée à la gastro-entérostomie ont donné une guérison maintenue après 3 ans et 3 ans 1/2.

Gastro-pylorectomie. — 4 gastro-pylorectomies (2 Billroth II, 2 Polya) ont amené une disparition des troubles, maintenue après 1 an, 2 ans, 2 ans et 4 ans.

Conclusions. — Cette observation à longue échéance des opérés d'*ulcères de la petite courbure* montre que, contrairement à ce qu'on pourrait croire *a priori* :

1° La résection de l'ulcère n'est pas une opération radicale, un certain nombre d'opérés étant repris, après un temps variable, de troubles gastriques ;

2° La résection de l'ulcère ne met pas à l'abri du développement d'un ulcère peptique;

3° C'est la simple gastro-entérostomie qui, d'une manière générale, donne les meilleurs résultats.

Pour l'*estomac en bissac*, l'opération de choix paraît être la gastrectomie annulaire ; elle n'est malheureusement pas toujours possible par suite de l'étendue des adhérences et c'est alors la gastro-entérostomie sur la poche cardiaque qui donne les meilleurs résultats. J. Dumont.

JOURNAL DES PRATICIENS

(Paris)

P. Hombourger. ***Contribution à l'étude des complications oculaires, urétrales et articulaires de la dysenterie bacillaire : syndrome conjonctivo-urétro-synovial de Noël Fiessinger*** **(*Journal des Praticiens*, t. XLIV, n° 28, 12 Juillet 1930).** — H. a eu l'occasion d'observer en milieu militaire, en 1926, 1927 et 1928, quelques cas d'un syndrome décrit en 1916 par Noël Fiessinger et E. Leroy, sous le nom de *syndrome conjonctivo-urétro-synovial d'origine dysentérique*.

Il s'agit en général de formes frustes et très bénignes de dysenterie bacillaire. C'est 8 à 20 jours après une diarrhée, avec selles liquides ou muco-purulentes, parfois très fruste, qu'apparaissent une conjonctivite intense, parfois avec chémosis, puis une inflammation urétrale avec exsudat muco-purulent, et les jours suivants, des manifestations articulaires qui vont de la simple arthralgie à l'arthrite séro-purulente avec prédominance d'hydarthrose.

L'examen direct des exsudats conjonctivaux et urétraux montre une flore banale sans gonocoque; celui du liquide articulaire et sa culture sont toujours négatifs. On ne décèle que très rarement la présence de bacilles dysentériques dans les selles; le plus souvent les cultures sont négatives.

Le diagnostic est basé sur la recherche des agglutinines anti-Hiss dans le liquide synovial et, en cas d'arthrites sèches, par le séro-diagnostic.

Le pouvoir agglutinant du liquide articulaire est en général plus faible que celui du sang et disparaît rapidement peu après la guérison clinique.

Il existe des formes sévères, des formes moyennes, des formes monosymptomatiques. La durée varie suivant la forme. Tous les cas guérissent sans séquelles. La sérothérapie antidysentérique sous-cutanée et intra-articulaire après la ponction évacuatrice est efficace, bien que non spécifique. La physiothérapie — diathermie, courants galvaniques, photothérapie — est utile contre les manifestations articulaires qui sont les plus tenaces. Robert Clément.

LE JOURNAL DE MÉDECINE DE LYON

A. Cade et M. Milhaud. ***Une cause d'erreur dans le diagnostic des ulcères pyloriques et duodénaux : la localisation sous-hépatique de la douleur provoquée*** (*Le Journal de Médecine de Lyon*, tome XI, n° 255, 20 Août 1930). — Le diagnostic de l'ulcère pylorique ou surtout duodénal avec la cholécystite chronique, souvent très délicat, peut être rendu plus difficile par la constatation, chez un ulcéreux, d'une localisation anormale de la douleur provoquée par la pression : localisation haute, sous-hépatique, au niveau de la zone vésiculaire. Le signe de Gilbert-Murphy (palpation devenant douloureuse à la fin de l'inspiration) peut lui-même s'observer en pareil cas.

L'étude de cette anomalie topographique de la douleur provoquée de l'ulcus, dont ils apportent trois exemples, conduit les auteurs à rappeler les éléments du diagnostic différentiel de l'ulcus et de la cholécystite.

L'existence, dans les antécédents, de crises hépatiques suivies ou non d'ictère a une réelle importance pour le diagnostic de cholécystite, mais elles peuvent manquer.

La constatation d'une légère fièvre vespérale, d'un point cervical droit, de poussées diarrhéiques, la présence de pigments ou de sels biliaires dans les urines, l'absence habituelle d'hypersécrétion à jeun et de stase gastrique ont été données comme favorables à l'existence d'une lithiase biliaire; mais, si ces signes font défaut, on ne saurait, cependant, rejeter celle-ci.

L'ictère est évidemment plus fréquent dans la lithiase, encore qu'il puisse manquer dans celle-ci et se rencontrer dans l'ulcère.

Les hémorragies occultes fécales ont été quelquefois décelées dans la lithiase biliaire, et on sait qu'elles peuvent parfaitement manquer dans l'ulcère.

Il est incontestable que la lithiase biliaire est beaucoup plus fréquente dans le sexe féminin tandis que l'ulcère est presque aussi fréquent chez la femme que chez l'homme.

Ulcère et cholécystite peuvent donner lieu à des syndromes dyspeptiques très voisins. La douleur tardive peut se rencontrer dans la cholécystite, mais, semble-t-il, avec moins de netteté, un rythme moins fixe, moins caractéristique. Elle est moins quotidienne, accompagnée fréquemment de malaises précoces, souvent nocturne, moins nettement soulagée par les alcalins ou l'alimentation, souvent aggravée par les secousses, les écarts de régime (graisses, œufs), irradiant dans le dos et vers l'épaule droite, revenant ou s'exagérant au moment des règles. Ce sont-là des nuances cliniques fort intéressantes, mais qui ne comportent aucun caractère de certitude.

Peut-on fonder quelques espérances sur les données du chimisme gastrique? Les auteurs rappellent qu'ils ont longuement insisté dans des travaux antérieurs sur sa valeur séméiologique et sur l'importance de la constatation d'une hyperchlorhydrie élevée pour le diagnostic différentiel entre ulcère et cancer. Il n'est pas douteux, non plus, que le plus souvent le chimisme au cours de la lithiase est normal ou hypo-chlorhydrique, alors que dans 70 à 75 pour 100 des cas l'hyperchlorhydrie se rencontre dans l'ulcère. Mais, cependant, il est indéniable que ce dernier peut évoluer avec un chimisme normal ou même inférieur à la normale.

Quant aux données de la radiologie, quelle que soit la méthode employée, elles sont loin d'être toujours positives dans l'ulcère. *En aucun cas l'absence de signes radiologiques directs d'ulcère ne saurait suffire à éliminer celui-ci*. Nombreux, par contre, sont les cas où l'exploration radiologique pourra montrer soit des troubles légers du transit, soit des modifications des contractions gastriques et duodénales, soit des déformations localisées discrètes, d'interprétation difficile. Quant à la radiographie des voies biliaires, on sait qu'elle peut être en défaut quelle que soit la méthode utilisée.

Devant tant d'écueils on conçoit que la constatation d'un point douloureux vésiculaire ne prenne une importance vraiment capitale. Il est certain qu'une douleur bien localisée à la pression au point d'intersection du rebord costal droit et du muscle grand droit, confirmée et exaspérée par l'inspiration profonde (signe de Gilbert-Murphy), doit avant tout, chez un malade présentant des troubles dyspeptiques ou des crises douloureuses abdominales hautes, éveiller l'idée de la souffrance et de l'inflammation du cholécyste. Les observations rapportées par C. et M. prouvent, cependant, que certains ulcères peuvent s'accompagner de semblable localisation douloureuse et qu'en somme le problème du diagnostic différentiel entre ulcère gastro-duodénal et cholécystite peut rester insoluble dans certains cas. J. Dumont.

S. Bonnamour et P. Pichat (Lyon). ***Les formes larvées du cancer de l'œsophage*** (*Le Journal de Médecine de Lyon*, tome XI, n° 255, 20 Août 1930). — La dysphagie n'est pas un signe nécessaire du cancer de l'œsophage. Si les cancers de l'œsophage sans dysphagie publiés sont rares, c'est à cause de la difficulté de leur diagnostic qui est presque toujours fait *post mortem* et de la rareté des autopsies de ce genre de malades.

Ces formes sans dysphagie sont infiniment variées. Cependant on peut les grouper en : 1° gastriques ; 2° cachectiques et anémiques ; 3° broncho-pleuro-pulmonaires; 4° médiastinales et laryngées ; 5° métastatiques.

1° *Formes gastriques*. — Les signes dyspeptiques peuvent se calquer exactement sur ceux du cancer de l'estomac D'autres malades accusent des douleurs épigastriques extrêmement vives ;

2° *Formes cachectique et anémique*. — Si la cachexie est l'aboutissant habituel des formes gastriques, dans certains cas elle occupe toute seule la scène clinique, les troubles dyspeptiques restant minimes. De cette forme cachectique on peut rapprocher une forme anémique curieuse signalée par

LES SIGNES RADIOLOGIQUES DU RACHITISME

La radiographie a permis de préciser les lésions osseuses que l'on observe au cours du rachitisme.

Les premières altérations apparaissent au niveau des os craniens et à la jonction chondro-costale. Les lésions du poignet ne deviennent nettes que lorsque la première étape est passée, c'est-à-dire quand la période de congestion médullaire qui se traduit par un flou des contours est terminée. Chez l'enfant, la radiographie du poignet est facile à faire et la plupart des auteurs qui se sont occupés des lésions osseuses du rachitisme et des modifications obtenues par le traitement, ont surtout observé les altérations de l'articulation du poignet.

Les premiers signes que l'on y observe sont de petites proliférations osseuses du bout distal du cubitus, suivies de l'étalement de l'extrémité du radius et s'accompagnant d'ostéoporose à un degré variable.

Dans une étape plus avancée de la maladie, il y a lésion non seulement de l'épiphyse mais aussi de la diaphyse : la première est plus petite que normalement, ossifiée de façon plus irrégulière et séparée de la diaphyse par une zone de prolifération anormalement étendue et mal limitée. L'extrémité de la diaphyse s'est élargie et présente une croissance irrégulière. Elle peut-être creusée en cupule et par suite de l'appauvrissement en chaux cette cupule n'est pas marquée de façon nette : l'extrémité diaphysaire passe sans limite nettement visible dans l'ombre cartilagineuse.

Ce qui est caractéristique, c'est l'allure ostéoporotique de la structure diaphysaire.

Sous l'influence soit des rayons ultra-violets, soit de l'ergostérol, ces images radiologiques se modifient. La guérison se manifeste par l'accroissement de la densité de l'ombre osseuse, l'ossification de l'épiphyse, le remplissage de la concavité à l'extrémité de la diaphyse; finalement il ne reste plus que la fine ligne claire caractéristique du rachitisme guéri.

Le temps nécessaire pour obtenir cette guérison radiographique varie évidemment selon les individus et surtout selon la gravité des cas au moment de l'institution du traitement : lorsque l'ostéoporose est accentuée, la guérison est retardée.

L'accroissement de la résistance osseuse et l'apparition des dépôts de calcium, visibles radiographiquement, s'accompagnent d'une augmentation de phosphore et du calcium du sang.

Dans le rachitisme tardif, les altérations osseuses sont semblables à celles du rachitisme de la première enfance. On remarque l'opacité moindre de la substance compacte et du tissu spongieux des os affectés. La diaphyse se termine par une extrémité plus élargie, parfois excavée et limitée par une ligne plus ou moins ondulée; mais le liséré sombre qui la sépare du cartilage fait parfois défaut, le cartilage de conjugaison paraît plus large qu'à l'état normal et ses limites ne sont plus aussi rectilignes.

Dans le rachitisme tardif, la guérison par les rayons U.V. ou par l'ergostérol irradiée est moins rapide.

La notion de ces lésions radiographiques, de leur marche, peut aider à diriger le traitement. Lesné, Clément, Simon ont guéri des nourrissons atteints de rachitisme évolutif en un mois environ avec des doses de 1 milligramme d'ergostérine irradiée.

L'efficacité de la médication dépend de facteurs multiples : âge de l'enfant, milieu dans lequel il vit, régime auquel il est soumis, ancienneté du rachitisme.

Gyorgy fait d'ailleurs remarquer que la guérison n'est pas accélérée par l'emploi de doses plus fortes, vu le temps nécessaire pour la réparation des tissus. Par conséquent, une cure bien comprise du rachitisme comprendra deux espèces de médicaments : l'ergostérine irradiée à laquelle on associera des sels de chaux et l'huile de foie de morue.

Deux médicaments sont particulièrement indiqués dans le rachitisme, la TRICALCINE irradiée d'une part qui est une association d'ergostérine irradiée aux sels de chaux insolubles et le CALCOLÉOL, combinaison de sels de chaux et d'huile de foie de morue. On pourra pendant vingt jours consécutifs donner de la TRICALCINE irradiée pour arrêter les déformations osseuses et pendant les vingt jours suivants donner du CALCOLÉOL dont les propriétés eutrophiques seront utiles dans le rachitisme.

Bouchut et Dechaume et caractérisée par un véritable syndrome de Biermer;

3° *Formes broncho-pleuro-pulmonaires.* — Elles paraissent fréquentes. Soit par ouverture dans l'appareil trachéo-broncho-pulmonaire, soit par infection péri-œsophagienne secondaire, la tumeur donne naissance à des fistules, à des infections pleurales, pulmonaires et bronchiques, de siège et de types extrêmement variés : pleurésies putrides, gangrène pulmonaire, cancer pulmonaire, pneumothorax, foyers d'hépatisation;

4° *Formes médiastinales et laryngées.* — Les formes médiastinales sont plus rares. L'hémorragie foudroyante par ulcération de l'aorte, comme première manifestation du cancer, a été signalée 2 fois. Les paralysies récurrentielles se voient quelquefois; la corde gauche est généralement seule atteinte; rarement les deux cordes sont prises d'emblée : la mort survient alors par asphyxie;

5° *Formes métastatiques.* — Elles sont assez fréquentes, se confondant plus ou moins avec les précédentes, surtout avec les formes gastriques ou cachectiques. Les formes ganglionnaires sont très rares : il s'agit d'ordinaire de tumeurs cervicales uni-ou bilatérales. Plus rares encore sont les métastases cérébrales. Plus fréquentes, par contre, sont celles qui se localisent sur l'appareil digestif, le foie par exemple.

En somme, le polymorphisme de ces formes est grand et le diagnostic n'en a jamais été fait en l'absence de dysphagie, ou il n'a été fait que par hasard, par exemple par la constatation d'un obstacle œsophagien au cours d'un tubage gastrique. Ce diagnostic pourra cependant être aidé par la recherche de quelques signes : fréquence, précocité, abondance minime des vomissements, quand ils existent, hoquet, sialorrhée, clochers thermiques, signes pleuro-pulmonaires, obscurité médiastinale radioscopique.

Ajoutons que l'absence de dysphagie n'est liée ni au type histologique, ni au siège de la tumeur.

J. Dumont.

LYON MÉDICAL

B. Lyonnet. ***Une importante fonction interne du rein : la formation d'ammoniaque*** (*Lyon médical*, tome LXVI, n° 28, 13 Juillet 1930). — Nash et Benedict ont trouvé régulièrement plus d'ammoniaque dans le sang de la veine rénale que dans celui de l'artère rénale. A la suite de ces expériences, on a admis la formation de l'ammoniaque comme une fonction interne du rein.

On ne sait encore à partir de quelle substance le rein fabrique de l'ammoniaque.

Les recherches récentes ont montré que la formation rénale de l'ammoniaque est dominée par un facteur essentiel, l'abaissement du p_H, et cette formation de l'ammoniaque agit puissamment dans le maintien de l'équilibre acido-basique.

En outre, l'ammoniaque urinaire sert à protéger les cellules du rein contre l'attaque des substances acides plus ou moins nocives.

A l'état pathologique, la formation de l'ammoniaque joue un rôle très important, notamment dans le diabète : elle lutte contre l'acidose menaçante.

On voit l'importance de cette fonction interne du rein, le rôle de défense que joue la formation de l'ammoniaque pour maintenir l'équilibre acido-basique de nos humeurs indispensable à la vie et pour protéger les délicates cellules rénales.

Robert Clément.

GAZETTE HEBDOMADAIRE des SCIENCES MEDICALES DE BORDEAUX

P. Mauriac. ***Gros ventre; hépatomégalie; troubles de la croissance chez les enfants diabétiques traités depuis plusieurs années par l'insuline*** (*Gazette hebdomadaire des Sciences médicales de Bordeaux*, tome LI, n° 26, Janvier 1930). — A propos de deux observations d'enfants diabétiques de 5 ans traités, depuis 1924 et 1926, par l'insuline, M. montre combien reste précaire la vie que ces enfants doivent uniquement à cette thérapeutique.

Ces enfants présentent un ventre très gros, une hépatomégalie considérable, un arrêt de croissance notable. Ces signes sont-ils dus au diabète? Avant l'insuline les enfants diabétiques mouraient rapidement et on n'avait pas l'occasion d'observer le développement de leur affection.

Le syndrome hépatomégalique doit-il être mis sur le compte de l'insuline? Avec Aubertin M. a observé une hépatomégalie analogue chez un chien dépancréaté maintenu en vie 15 mois par l'insuline.

Le diabète infantile n'est pas une maladie par simple déficit de la sécrétion interne du pancréas; les fonctions du pancréas sont peut-être plus complexes qu'on le pense; l'hépatomégalie est la preuve de la participation du foie au syndrome morbide.

Si l'insuline permet aux enfants diabétiques de survivre, ils sont rivés à la chaîne insulinique et leur vie est bien précaire.

Robert Clément.

LE LANGUEDOC MÉDICAL (Montpellier)

E. Leenhardt et J. Chaptal (Montpellier). ***Sérothérapie spécifique du tétanos*** (*Le Languedoc médical*, tome XIII, n° 7, 10 Juillet 1930). — A propos de 5 cas de tétanos chez des enfants qu'ils ont pu guérir par la sérothérapie spécifique, L. et C. formulent quelques réflexions sur le mode d'application de la sérothérapie, à laquelle on est redevable de la constante amélioration des résultats enregistrés dans la thérapeutique du tétanos depuis 15 ans. Les autres médications, chloral, somnifère, sulfate d'atropine, chloroforme, etc , ne sont que des adjuvants souvent préventifs des paroxysmes de contracture, mais qui n'ont jamais de valeur curative.

L. et C. envisagent successivement : la question des doses à injecter, la qualité du sérum à employer (ordinaire ou purifié), les voies d'introduction du sérum.

1° *La question des doses.* — La tendance actuelle est d'employer des doses massives de sérum; de plusieurs centaines à quelques milliers (2.960 cm. Morénos et Vedaellan) de centimètres cubes. Mais les doses à employer ne peuvent être fixées par aucune règle absolue : c'est la seule impression clinique qui interviendra pour apprécier l'intensité du traitement sérothérapique. Cette impression clinique reposera avant tout : sur la fréquence des paroxysmes de contracture, sur l'intensité des contractures permanentes, sur le degré de la fièvre et la rapidité du pouls, sur la durée de l'incubation et le temps écoulé avant le début du traitement. La dose de début peut être fixée approximativement à 60, 80 ou même 100 cmc par jour pour le sérum purifié qu'on emploie de plus en plus aujourd'hui. On modifiera en plus ou en moins les doses suivant l'aggravation ou l'amélioration des signes cliniques et, en tout cas, on n'arrêtera le traitement qu'après la disparition totale de la contracture permanente.

2° *Sérum ordinaire et sérum purifié.* — Malgré de rares préférences pour le sérum ordinaire, le sérum purifié (désalbuminé) prévaut manifestement à l'heure actuelle et cela pour deux raisons : d'abord sa haute concentration qui fait que, sous un même volume, il a une valeur antitoxique bien supérieure à celle du sérum ordinaire; ensuite sa désabulmination, préventive des accidents sériques.

3° *Les voies d'introduction du sérum.* — Le sérum antitétanique peut être injecté par voie intraveineuse, par voie sous-cutanée ou intra-rachidienne, par voie musculaire. Il est difficile de préciser quelle est la meilleure parmi ces voies d'introduction du sérum. L'injection sous-cutanée ou intra-musculaire semble devoir toujours être associée à l'injection intra-rachidienne ou à l'injection intraveineuse. Mais, de ces deux dernières, à laquelle doit-on accorder la préférence? Leurs effets thérapeutiques paraissent sensiblement équivalents, mais l'injection intra-rachidienne, à cause des manipulations qu'elle nécessite, provoque plus facilement les paroxysmes de contracture; d'autre part, elle est manifestement gênée par la raideur permanente, au point qu'elle peut obliger à recourir à l'anesthésie générale. Enfin, les accidents de choc ne s'observent pas après les injections intraveineuses de sérum purifié même non dilué. Ils ne sont cependant pas formellement opposés à la voie intra-rachidienne à laquelle ils ont recours chez les tout jeunes enfants dont les veines sont peu propices à l'injection.

J. Dumont.

LE SCALPEL (Bruxelles)

P. Cogniaux (Bruxelles). ***Contribution à l'étude des tumeurs bénignes gastro-duodénales : les pancréas aberrants*** (*Le Scalpel*, tome LXXXIII, n° 34, 23 Août 1930). — Les tumeurs gastro-duodénales bénignes sont de deux origines. Les unes se forment aux dépens des tissus normaux : ce sont des fibromes, des neuro-fibromes, des myomes, des angiomes, des adénomes. Les autres sont dues à des hétéropies embryonnaires entraînant le développement, dans la paroi gastro-duodénale, d'organes aberrants, surtout du pancréas.

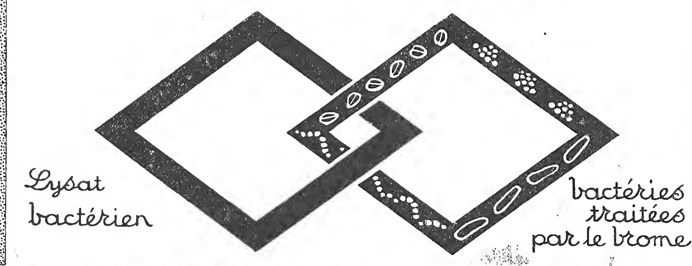
Leur symptomatologie est d'ailleurs à peu près identique et se traduit par des hémorragies ou par un syndrome de sténose pylorique. Leur diagnostic différentiel est impossible; il est sans intérêt pratique, le traitement chirurgical étant le même dans les deux cas.

C. a eu l'occasion de voir, dans le service du professeur Leriche (Strasbourg), un cas de pancréas aberrant pylorique et Stultz, chef de la Polyclinique chirurgicale, lui en a communiqué une 2e observation. Nous les résumons ci-dessous :

Observation I (Cogniaux). — Un homme d'une trentaine d'années se présente à l'hôpital avec un syndrome clinique net d'ulcère pylorique, que confirme l'examen radiographique. L'affection dure depuis 2 mois et a résisté à un traitement médical sévère. A l'intervention, on trouve, sur le bord inférieur de l'estomac, près du pylore, une petite tumeur infiltrant la paroi et donnant l'impression d'être un schwannome. Son exérèse étant impossible sans compromettre la perméabilité du pylore, on fait une pylorectomie avec section au milieu de l'antre et une anastomose postérieure au bouton. On obtient une guérison parfaite vérifiée après plusieurs mois. L'examen microscopique montre que la tumeur est formée d'un petit pancréas aberrant entourant un petit diverticule de la muqueuse pylorique. Aucune autre lésion n'est visible.

Observation II (Stultz). — Un malade de 32 ans, souffrant depuis un an de troubles digestifs, pour lesquels on a porté le diagnostic clinique et radiographique d'ulcère pyloro-duodénal, est opéré. La seule lésion perçue est un épaississement circonscrit sur la face antérieure du duodénum, à 1 cm. de la veine pylorique. Le chirurgien croit à un ulcère en voie de cicatrisation et se borne à faire une gastro-entérostomie postérieure. Aucune amélioration ne survient et, quelques mois plus tard, S. doit réintervenir : il trouve la même induration duodénale, qui lui donne l'impression certaine d'un petit ulcère calleux; il fait alors une pyloro-duodénectomie avec conservation de l'ancienne anastomose. Le malade guérit définitivement. L'examen macroscopique ne montre aucun ulcère : la mu-





RÉPONDENT A TOUTES LES EXIGENCES D'UNE VACCINATION BIEN CONDUITE TANT CURATIVE QUE PRÉVENTIVE

VACCINS INJECTABLES

ANTI-INFECTIEUX
ANTI-STAPHYLOCOCCIQUE
INTESTINAL
PULMONAIRE
URINAIRE

VACCINS à INGÉRER

ANTI-INFECTIEUX
ANTI STAPHYLOCOCCIQUE
TYPHOIDIQUE T.A.B. CURATIF
INTESTINAL
PULMONAIRE

VACCINS PANSEMENTS

ANTI-PYOGÈNE
RHINO-PHARYNGIEN

PYO-AMPHOGEL
(Gelée à l'Ampho-vaccin antipyogène)

LITTÉRATURE ÉCHANTILLONS

A. D. RONCHÈSE Docteur en Pharmacie 7, PLACE CASSINI, NICE (A.-M.)

Agents généraux de vente
LABORATOIRES
DURET et REMY ASNIÈRES (Seine)

queuse duodénale, d'aspect normal, recouvre une petite tumeur de la grosseur d'un haricot, qui infiltre toute la paroi. L'examen microscopique montre qu'il s'agit d'un petit pancréas aberrant tout à fait normal.

Toutes les observations publiées dans la littérature contemporaine, au nombre d'environ une vingtaine, ont une symptomatologie identique et, dans ces conditions, on porte généralement le diagnostic clinique et radiologique d'ulcus pyloro-duodénal. La seule présence du pancréas aberrant dans la zone réflexogène duodéno-pylorique suffit d'ailleurs à expliquer ces viscéralgies du type pylorique. Ce n'est qu'après laparotomie qu'on découvre une petite tumeur gastrique ou duodénale : il faut alors songer à la possibilité d'une tumeur bénigne, notamment d'un pancréas aberrant, et l'enlever si son siège le permet.

Ajoutons que, si le pancréas aberrant s'observe avec la plus grande fréquence au niveau de l'estomac, du pylore, dans le duodénum, très fréquemment dans le jéjunum, on l'a vu également au hile de la rate, dans la vésicule biliaire, dans la racine du mésentère, dans la valvule de Bauhin, dans le diverticule de Meckel.

Il est généralement unique. Son volume est variable : parfois réduit à une simple induration de la paroi, il peut atteindre la dimension d'une noix, mais ne dépasse pas en général celle d'un haricot.

Ses rapports avec la paroi du tube digestif sont également inconstants; il peut être sous-séreux, sous-muqueux ou intrapariétal, mais, en général, il infiltre toutes les tuniques pour arriver au contact immédiat de la muqueuse. Ses canaux excréteurs peuvent aboutir à un orifice situé au sommet d'une papille ou au fond d'une dépression.

Au point de vue histologique, l'aspect est exactement celui d'un pancréas normal adulte, avec ses acini, ses îlots de Langerhans, son système excréteur. On ne voit aucune sclérose ni aucune inflammation; tout au plus constate-t-on parfois une transformation adénomateuse des canaux excréteurs, sans caractère de malignité.

J. Dumont.

ARCHIVOS DE MEDICINA Y CIRUGIA Y ESPECIALIDADES
(Madrid)

Blanco Soler et P. Blasco. *La tension artérielle dans les états hyperthyroïdiens* (*Archivos de Medicina, Cirugia y Especialidades*, t. XXXIII, n° 16, 19 Avril 1930). — L'étude de la pression des basedowiens a donné des résultats assez contradictoires suivant les auteurs : Pende, en particulier, considérait que chez certains sujets il y avait constamment augmentation de la pression différentielle.

Les auteurs de cet article se sont livrés à des séries d'expériences de contrôle sur une centaine de malades bien choisis et bien étudiés par les examens les plus complets ; ils présentaient tous une élévation notable du métabolisme basal. Certains avaient des affections surajoutées.

Chez aucun d'entre eux on ne peut parler réellement d'hypertension, puisque la plus haute tension systolique enregistrée n'a pas dépassé 30 au Vaquez avec une tension diastolique à 10,5 ; et encore, dans ce cas, il s'agissait d'un sujet de 54 ans, atteint d'aortite. En somme, il ne semble pas qu'en général la maladie de Basedow modifie notablement le régime de la pression artérielle tant systolique que diastolique.

M. Nathan.

VRATCHEBNOÏÉ DÉLO
(Kharkov)

E. I. Galperine et B. I. Marzinowski. *Sur la question de la balance hémato-hépatique de la cholestérine et ses relations avec la bilirubine* (*Vratchébnoïé Délo*, t. XIII, n° 5, 1930). — Dans le métabolisme cholestérinique, le sang et le foie jouent, comme on le sait, un rôle des plus importants. Il a donc paru intéressant d'étudier les fluctuations éventuelles de la substance en question, dans des conditions normales et pathologiques, aussi bien dans le sang que dans la bile.

Les 47 malades qui ont été soumis aux divers examens présentaient surtout des affections du foie ou de la vésicule biliaire.

La teneur en cholestérine dans le duodénum varie déjà même chez l'homme normal. Toutefois, dans la majorité des cas, les chiffres enregistrés ne dépassent point, pour la première portion du duodénum, 20 milligr. pour 100 et, pour la deuxième, 50 milligr. Si le libre écoulement de la bile se trouve empêché, une cholestérinémie augmentée correspondra à une diminution de la cholestérine dans les deux parties du duodénum.

Un parallélisme entre la cholestérinémie et la bilirubinémie n'existe point. Au point de vue clinique, il paraît surtout intéressant d'étudier l'état de la cholestérinémie. Ainsi, les cholécystites et les angiocholites donnent une cholestérinémie augmentée ; par contre, les ictères catarrhaux ou hémolytiques ne présentent aucune augmentation notable.

En cas d'artériosclérose et d'obésité, où l'on a affaire à un trouble du métabolisme des lipoïdes, la cholestérine est en augmentation aussi bien dans la bile que dans le sang.

G. Ichok.

DEUTSCHE MEDIZINISCHE WOCHENSCHRIFT
(Leipzig)

Denker. *Le traitement de l'ozène* (*Deutsche medizinische Wochenschrift*, tome LVI, n° 10, 7 Mars 1930). — Au cours d'affections légères ainsi que dans les cas où le malade se refuse à toute intervention chirurgicale on peut employer les méthodes conservatrices :

A ce titre peuvent être essayés :

1° Le tamponnement : nettoyage à l'aide d'un tampon stérile ou antiseptique de la cavité nasale : la gaze restant 1/2 heure ou 1 heure en place détermine une hypersécrétion qui détache les croûtes ;

2° Lavages prudents des cavités nasales ;

3° Méthode de Santer : oblitération d'une narine par un tampon de caoutchouc et respiration par l'autre narine. On détermine ainsi une raréfaction de l'air dans la narine oblitérée et une véritable opération se fait à ce niveau. Le traitement se fait alternativement dans l'une et l'autre cavité et est complété par la chaleur locale ;

4° Massage ;

5° Injection de paraffine dans la sous-muqueuse ;

6° Traitement dirigé contre les troubles des échanges considérés comme cause déterminante de l'ozène : administration de vitamines, thérapeutique vaccinale, etc.

Dans les cas moyens sont indiquées de petites interventions : greffes, qui d'ailleurs donneraient de bons résultats également dans les formes légères.

Enfin les cas anciens et graves relèvent de la chirurgie et plusieurs méthodes opératoires peuvent être employées avec succès.

G. Dreyfus-Sée.

Küstner. *L'injection intraveineuse de lobe postérieur d'hypophyse utilisée pour le diagnostic précoce de la grossesse* (*Deutsche medizinische Wochenschrift*, t. LVI, n° 10, 7 Mars 1930). — Dans de nombreux cas le diagnostic des grossesses normales et surtout pathologiques (extra-utérines) dès le stade de début présente des difficultés considérables.

K. a employé pour dépister précocement la gravidité une méthode déjà indiquée par Lorincz il y a quelques années et qui lui paraît mériter d'être connue et appliquée plus fréquemment qu'elle ne l'est actuellement.

L'injection intraveineuse de 1 unité 1/2 d'hormone de lobe postérieur d'hypophyse, soit environ 1/2 cmc des solutions habituelles hypophysaires, détermine en 1/2 ou 3/4 de minute une contraction utérine qui dure de 3 à 5 minutes.

Cette contraction, durcissant l'utérus, ne s'observe que dans les états de gravidité ; elle manque dans les états myomateux, ou lors de polypes utérins, et n'est pas perceptible sur l'utérus normal en dehors de l'état puerpéral.

Il importe d'injecter lentement dans la veine (1/2 minute pour l'injection), afin d'éviter ou tout au moins de diminuer les réactions vasculaires collapsoïdes déclanchées par le lobe postérieur d'hypophyse. Si la malade présentait des troubles circulatoires ou cardiaques, il est préférable d'employer une solution hypophysaire sucrée.

Ce procédé utilisé par K. lui a donné des indications précieuses dans des cas difficiles. En particulier la différenciation souvent malaisée de la rétroflexion d'utérus gravide avec l'hématocèle rétro-utérine a été possible grâce au durcissement de la masse utérine succédant à l'injection. Aucun trouble de la grossesse ni ultérieurement de l'accouchement ne résulte de l'administration précoce d'hypophyse. En ce qui concerne le fœtus, il supporte parfaitement à cette période les modifications transitoires de la circulation utérine qui seraient par contre très nocives, lors d'une période plus avancée de son développement.

G. Dreyfus-Sée.

Friedberger. *Les bases théoriques et les résultats de la vaccination antidiphtérique* (*Deutsche medizinische Wochenschrift*, tome LVI, n° 9, 28 Février 1930 et n° 10, 7 Mars 1930). — La vaccination antidiphtérique a été préconisée par les associations de médecins allemands, qui ont approuvé l'initiative des comités d'hygiène des villes enjoignant aux médecins et aux familles de multiplier les vaccinations.

En Allemagne, ce sont essentiellement les mélanges de toxine antitoxine sous-neutralisés qui sont employés et c'est avec les T. A. F. (toxine antitoxine floculat) qu'ont été pratiquées la plupart des vaccinations.

F. passe en revue les principales statistiques et étudie la morbidité et la mortalité chez les enfants vaccinés et non vaccinés.

Ses conclusions tendent à dissocier l'immunité vraie et les résultats de la réaction de Schick sur lesquels on a jugé la plupart du temps les résultats des essais vaccinothérapiques.

Il considère qu'on a été beaucoup trop optimiste et que les formes graves de diphtérie s'observent aussi bien chez les enfants vaccinés qui présenteraient une morbidité sensiblement analogue à celle des non vaccinés. Les différences entre mortalité et morbidité des dernières statistiques proviendraient des circonstances épidémiques.

Actuellement F. considère donc qu'il est prématuré de représenter la vaccination antidiphtérique comme une méthode sûre qu'il est du devoir de tout médecin d'appliquer dans sa clientèle.

G. Dreyfus-Sée.

KLINISCHE WOCHENSCHRIFT
(Berlin, Francfort, Munich, Vienne)

Bernhard Kamm. *Dextérité manuelle et statistique des variations* (*Klinische Wochenschrift*, tome IX, n° 10, 8 Mars 1930). — A l'instigation de Bethe, l'auteur cherche à savoir si l'emploi de la main droite est dû à une asymétrie congénitale ou, au contraire, acquise par l'éducation. Pour y arriver, il a d'abord procédé à une enquête auprès de 190 personnes se donnant comme gauchères et auprès de 190 étudiants non choisis. A ces diverses personnes, il a posé une série de questions sur la

manière dont elles procèdent à certaines manœuvres ou emploient certains instruments. Il a constaté ainsi que chez les gauchers, l'éducation ou la vie et aussi la construction de certains instruments comme les ciseaux les obligent à utiliser souvent la main droite.

Chez les étudiants non choisis, il a constaté qu'une série de manœuvres comme par exemple utiliser une cuillère, ou un couteau, s'accomplit le plus souvent avec la droite. Cependant, pour quelques manœuvres, dans lesquelles l'éducation ne paraît pas intervenir comme se fourrer les doigts dans le nez ou faire la toilette après la selle, la main droite intervient beaucoup moins. Il conclut de ces chiffres que parmi les étudiants non choisis, une éducation gauchère aurait donné une courbe exactement inverse et que l'absence d'éducation donnerait une courbe de Gaus avec maximum au milieu.

Une autre enquête poursuivie sur d'autres gestes comme par exemple fermer un œil, se peigner, se raser, s'éponger, montre que la main droite est beaucoup plus souvent employée. L'ambidextérité disparaît surtout lorsqu'une certaine adresse doit s'associer à la force comme, par exemple, pour limer, pour scier, pour jeter une pierre, etc. Il en est de même avec certains mouvements du membre inférieur; donner un coup de pied à un ballon, freiner avec la pédale sur une bicyclette, sauter, etc. de sorte que la moitié droite du corps se montre, en moyenne, plus utilisée que la moitié gauche.

K. a également essayé d'apprendre à une série d'étudiants à faire des pliages ou des nœuds avec la main gauche et il croit être arrivé à montrer que la gauche n'est pas inférieure à la droite pour apprendre des mouvements nouveaux. Les conclusions de cet article, qui ne semblent pas très conformes aux constatations de K., seraient que l'ambidextérité est plus vraisemblable pour la majorité des hommes. P.-E. Morhardt.

F. G. von Stockert. *Clinique et diagnostic de l'encéphalite épidémique subaiguë* (*Klinische Wochenschrift*, tome IX, nº 10, 8 Mars 1930). — Le tableau clinique de l'encéphalite épidémique varie et actuellement les formes aiguës font place à des formes chroniques dont le diagnostic est très difficile mais d'autant plus nécessaire qu'une thérapeutique énergique au début peut, seule, prévenir le parkinsonisme.

Ces formes sont, d'après S., caractérisées d'abord par un stade pseudo-neurasthénique qui n'est pas facile à distinguer des états d'épuisement au cours desquels il y a céphalée, fatigabilité, irritabilité, sentiment de faiblesse générale, etc. Cependant, dans une série observée par S., il y a toujours eu un signe objectif qui a permis de ramener l'état pathologique à des lésions organiques. Dans 1 cas, en faisant regarder fixement un point par le malade, on provoque, chez celui-ci, l'apparition de spasmes de convergence des globes oculaires au bout d'environ 10 secondes. En même temps, les pupilles se rétrécissent, le malade ferme les yeux et menace de tomber.

L'épreuve d'hyperventilation et l'inhalation de nitrite d'amyle provoquent également un spasme de convergence avec sommeil plus ou moins caractérisé consécutif. Il semble que dans les cas de ce genre, le phénomène de Bell déclanche le sommeil. Chez un malade, le spasme n'existait que pour un seul œil et ne pouvait par conséquent être considéré comme hystérique. Chez un autre malade, il y avait des crampes des paupières tellement marquées que les yeux se fermaient au milieu de la rue et faisaient courir au malade le danger d'être écrasé.

Il a d'ailleurs été constaté que l'hyperpnée peut déterminer des accès de ce genre chez les parkinsoniens. La spasmophilie, dans ce cas, atteint d'abord les muscles de l'œil. Au cours de l'inhalation de nitrite d'amyle, on constate dans le sérum une augmentation du calcium qui, par conséquent, doit disparaître des tissus et entraîner une tendance à la tétanie.

On doit mettre ces phénomènes en relation avec le fait que les centres qui ont sous leur dépendance les mouvements de l'œil sont situés au voisinage du centre du sommeil de Mauthner, c'est-à-dire en arrière du plancher du 3e ventricule, ce que S. a pu confirmer par une autopsie. Des lésions d'un autre genre, comme, par exemple, des lésions inflammatoires ou néoplasiques, peuvent provoquer des symptômes analogues. Ainsi, chez les malades qui sont au stade pseudo-neurasthénique de l'encéphalite, on peut, en provoquant un spasme de convergence des globes oculaires, amener un accès de sommeil. P.-E. Morhardt.

S. Loew et H. E. Woss. *L'état de nos connaissances sur l'hormone sexuelle masculine (androkinine)* (*Klinische Wochenschrift* t. IX, nº 11, 15 Mars 1930). — L. et W. font d'abord remarquer que le jeu des hormones sexuelles est moins compliqué chez l'homme que chez la femme parce que chez celui-ci il n'y a pas de cycle qui suppose une espèce de relais comme on doit en supposer un entre le follicule et le corps jaune. Néanmoins les observations ont été jusqu'ici très peu fructueuses en ce qui concerne l'hormone masculine parce qu'on a eu beaucoup de peine à trouver un test utilisable et on était facilement conduit à des erreurs de méthodes par des idées préconçues. En tout cas, les auteurs n'ont retrouvé d'hormones sexuelles masculines dans aucune des préparations du commerce.

Comme test, L. et W. ont utilisé la régénération cytologique des vésicules séminales qui sont très sensibles à la castration. Chez l'animal sexuellement mûr, l'épithélium est cylindrique et élevé, tandis qu'il est cubique chez l'animal castré ; les granules de sécrétion et les noyaux sont abondants dans le premier cas et rares ou manquants dans le second ; l'appareil de Golgi est bien développé dans un cas et fortement réduit dans l'autre ; les chondriosomes forment de longs filaments dans le premier cas et sont transformés en granules dans le second ; la sécrétion est abondante et chromophile dans le premier cas et absente dans le second. Ils ont trouvé que la souris est l'animal le plus commode pour étudier ces variations parce que, chez lui, elles se font très rapidement. Ce test s'est également montré utilisable au point de vue quantitatif. Les auteurs ont adopté comme unité-souris la quantité qui, injectée en 8 jours consécutifs, permet d'observer le 10e jour la réapparition, chez l'animal châtré depuis au moins 4 semaines, des 5 caractères cytologiques qui s'observent dans les vésicules séminales normales. Ils ont d'ailleurs montré que cette quantité peut être injectée en 36 heures et que déjà au bout de 100 heures on observe des modifications caractéristiques. Cette méthode se montre à la fois économique, rapide et sans ambiguïté.

L'épreuve de la motilité des spermatozoïdes étudiée par Moore exige, au contraire, beaucoup de temps, celle de la croissance de la crête du coq utilisée dans ces derniers temps par Koch exige 5 jours. En outre, avec ces diverses méthodes, il faut injecter une beaucoup plus grande quantité d'hormones qu'avec la méthode de L. et W.

Ces auteurs donnent ensuite des indications générales sur leur méthode d'extraction qui leur permet de retrouver une unité-souris dans 250 à 500 gr. de matières premières.

Le produit ainsi isolé n'est pas spécifique pour une espèce. Il se conserve bien, il n'est pas détruit par les alcalis ou les acides faibles et il est thermostabile. On le retrouve dans les urines, dans les fleurs mâles du *Salix caprea*, dans l'épididyme et dans le sang. Il est possible qu'il n'existe qu'une seule hormone masculine. P.-E. Morhardt.

Richard Bauer et Ulrich Strasser. *Cholécystographie et fonction hépatique* (*Klinische Wochenschrift*, t. IX, nº 11, 15 Mars 1930). — B. et S. ont procédé de la manière suivante. Ils donnent aux malades, le soir, les capsules nécessaires de phénol-tétraiode-phtaléine. Le lendemain ils procèdent à une radiographie et administrent à peu près en même temps le chlore-cholegnostyl. Ensuite, 1 et 2 heures après l'injection, ils recherchent la matière colorante dans le sang par la méthode de Kinfi. Enfin, ils procèdent à l'épreuve du galactose, à la mesure de l'index ictérique et à la diazo-réaction dans le sérum ; dans l'urine ils recherchent les pigments biliaires et l'urobiline. Leurs examens ont porté sur 125 malades dont 21 cas d'ictère catarrhal.

La visibilité de la vésicule biliaire normale après administration orale d'une matière colorante est, à un haut degré, indépendante du fonctionnement de la cellule hépatique. Il est nécessaire, cependant, que les cellules du foie éliminent cette substance et pour cela un écoulement normal de la bile suffit. Cependant, vers la fin de l'ictère catarrhal et au cours de la cirrhose hépatique non ictérique, malgré une galactosurie marquée, cette élimination des matières colorantes est normale. On arrive même à mettre la vésicule en évidence lorsque le foie sécrète assez mal la substance colorante.

Au point de vue clinique, il n'y a pas lieu de s'attendre à voir l'ombre vésiculaire lorsqu'il existe un ictère total. En cas d'ictère modéré avec sels biliaires et réaction de l'aldéhyde dans l'urine, épreuve de la galactose fortement positive, on doit penser, si on n'arrive pas à faire apparaître l'image de la vésicule biliaire, à une affection vésiculaire.

Dans les affections sans ictère, l'absence d'image vésiculaire ne peut s'expliquer par un trouble de la fonction hépatique. Cela est particulièrement le cas dans le diabète sucré, dans la maladie de Basedow et dans les cirrhoses hépatiques non ictériques, maladies dans lesquelles il arrive, en effet, qu'on ne puisse pas mettre la vésicule en évidence sans qu'on s'explique la raison de ce fait.

Ainsi, la méthode orale de la cholécystographie n'est pas utile en clinique pour étudier les fonctions du foie. Cependant, dans certaines affections sans ictère comme la cirrhose atrophique, la dégénérescence amyloïde ou graisseuse du foie, on peut obtenir des renseignements complémentaires intéressants en administrant du cholegnostyl. Une rétention de la substance colorante de moins de 15 pour 100 au bout de 2 heures donne à penser qu'on pourra mettre en évidence une ombre vésiculaire. P.-E. Morhardt.

O. Muck. *Le traitement de la maladie de Ménière avec un régime sans viande* (*Klinische Wochenschrift*, t. IX, nº 11. 15 Mars 1930). — L'auteur a pratiqué depuis 1922, sur plus de 16.000 individus sains ou malades, une épreuve qui consiste à faire 3 ou 4 petits traits sur la muqueuse préalablement adrénalisée des cornets à l'aide d'une sonde. Chez l'individu sain on constate qu'il se produit à l'endroit où la sonde a passé une vasodilatation. Chez les individus malades, au contraire, les endroits où la sonde a passé apparaissent en blanc. Ce phénomène s'observe nettement en cas d'hypoplasie, de migraine vraie, de vertiges de Ménière. Ce phénomène s'accompagne également de modifications de la circulation capillaire observées par Parrisius en cas de glaucome et de vertiges de Ménière.

Karger a attiré l'attention sur le fait que, dans l'épilepsie, le jeûne fait disparaître les accès. C'est ce qui a amené M. à prescrire le régime de Karger et lui a permis de constater que, sous cette influence, la durée du spasme vasculaire provoqué par le passage de sonde est raccourcie de moitié ou devient nulle pour reparaître si de la viande est de nouveau administrée. L'auteur a ultérieurement appliqué ce régime à la migraine et au vertige de

Ménière et il a constaté notamment chez 5 malades atteints de cette dernière maladie que la suppression de la viande diminue appréciablement la durée de la contraction des vaisseaux ou la supprime et, en outre, que les accès de vertiges disparaissent ou deviennent plus rares et moins marqués (Karger, dans le travail auquel M. fait allusion, constate qu'un régime acidifiant *avec viande* ou le jeûne fait disparaître passagèrement les crises d'épilepsie. M. ne donne pas de détails sur le régime qu'il prescrit à ses malades). P.-E. Morhardt.

Hermann Steinitz. *Traitement du diabète par la cholosuline* (*Klinische Wochenschrift*, t. IX, n° 12, 22 Mars 1930). — S. expose d'abord les conceptions de Stephan relativement aux propriétés d'une combinaison de l'insuline avec l'acide désoxycholique qui s'administre par la bouche et qui, donné à jeun, pourrait, chez les diabétiques, abaisser le sucre du sang sans rependant provoquer d'hypoglycémie ; les effets de cette combinaison varieraient d'ailleurs peu avec la quantité de médicaments administrés mais auraient, par contre, des effets cumulatifs et, à la longue, augmenteraient la tolérance du diabétique pour les hydrates de carbone.

Pour vérifier les déclarations de Stephan, S. a d'abord administré 40 unités de cholosuline à jeun et n'a pas constaté de modifications de la courbe du sucre du sang sous cette influence. Il n'a pas non plus été constaté que ce médicament, à la dose de 40 à 60 unités administré 2 heures avant 50 à 80 gr. de pain ou 50 gr. de sucre, modifie de façon appréciable la courbe de l'hyperglycémie alimentaire. Au cours de recherches ayant duré 9 heures après l'administration de 50 unités de cholosuline et ayant comporté l'administration de 2 repas comprenant 50 gr. de pain chacun, les résultats n'ont pas non plus montré que le médicament ait une action nette, sauf dans un cas, où le sucre du sang a diminué, alors que la glycosurie a subsisté. En administrant 40 unités du médicament à 2 heures du matin et un repas de 50 gr. de pain à 8 heures, on a constaté chez une personne que le médicament rendait la courbe d'hyperglycémie plus faible et chez l'autre, au contraire, plus forte. Enfin, chez 2 malades, la cholosuline a été donnée pendant 19 et 30 jours sans que pour cela la courbe de la glycémie après un repas sucré soit modifiée en rien.

Ainsi S. ne confirme pas les observations de Stephan relatives à l'influence de la cholosuline sur le sucre du sang à jeun ou après repas d'épreuve.

Chez 20 diabétiques soumis à un régime comportant 1 gr. d'albumine par kilogr. de poids du corps, on a donné de la cholosuline au maximum pendant 9 semaines, à des doses variant de 40 à 100 unités. Au cours de ces essais, une glycosurie de 100 gr. par jour seulement n'a pas été influencée même par un traitement de 3 semaines. La forte dose de 100 unités a été sans action et, en somme, chez tous ces malades, les résultats ont été complètement négatifs. P.-E. Morhardt.

F. Löning. *Le glycogène du foie et l'ulcère peptique* (*Klinische Wochenschrift*, tome IX, n° 12, 22 Mars 1930). — La constitution de dépôts de glycogène dans le foie peut être gênée par l'anoxémie, par l'acidose des tissus, par les états thyrotoxiques, par une alimentation non physiologique, par les excitations mentales ou douloureuses, par certains poisons, etc. Sous l'influence de ces facteurs, la mobilisation du glycogène du foie dépasse la constitution des dépôts, et alors il y a souvent non pas hyperglycémie, mais hypoglycémie, et la thérapeutique doit tendre à enrichir le foie en glycogène. L. recommande pour cela 10 unités d'insuline par injections sous-cutanées en même temps que 40 à 60 cmc d'une solution de dextrose à 25 pour 100 en injections intraveineuses une demi-heure avant un repas ordinaire ou d'hydrates de carbone. Cette méthode a donné de bons résultats dans beaucoup d'intoxications chroniques et notamment professionnelles.

Il semble à L. que la proportion de glycogène dans le foie s'accompagne d'une augmentation de l'éclat gras de la peau. Chez les diabétiques, en effet, la peau perd son éclat, mais le reprend sous l'influence du traitement. D'autre part, l'augmentation du glycogène du foie s'accompagne d'une disparition de la graisse dans cet organe, car il y a une espèce d'antagonisme entre ces deux substances par rapport à la cellule hépatique. Dans ces conditions, l'arrivée du glycogène dans le foie chasserait les corps gras vers la périphérie.

Dans l'ulcère peptique, il est nécessaire d'associer ces diverses méthodes de traitement et d'abord d'employer précisément ce procédé d'enrichissement du foie en glycogène en donnant des hydrates de carbone particulièrement faciles à digérer (jus de fruits, biscuits, purée de pommes de terre). Mais, en pareil cas, il importe de ne pas provoquer d'hypoglycémie en donnant trop d'insuline, car l'hypoglycémie entraîne un état d'excitation vagale de l'estomac.

En outre, les irradiations locales à la lumière rouge provoquent une hyperémie qui agit bien sur les spasmes locaux régulièrement en cause dans l'ulcère; en outre, quand elle est appliquée sur la région du foie, cette thérapeutique favorise la fixation du glycogène et la combustion des graisses comme on a pu l'observer chez des lapins rendus malades par administration de margarine à hautes doses. Au point de vue clinique, on constate, en effet, que cette méthode a également pour effet d'augmenter l'éclat gras de la peau et en même temps d'augmenter la tolérance des ulcéreux à l'égard de beaucoup d'aliments.

Par ailleurs, il est nécessaire d'éviter le calcium qui provoque l'acidose, mais il est utile de donner du luminal à la dose de 10 centigr., 1 à 3 fois par jour, et de la poudre de Leube (oléosaccharure de fenouil, poudre de racines de rhubarbe, bicarbonate de soude, sulfate de soude, ââ, 20 gr. additionnés de 50 centigr. à 1 gr. d'extrait de belladone). On doit éviter les intoxications professionnelles comme celles qui sont dues à l'oxyde de carbone et qui favorisent les ulcères.

Dans la pathogénie de l'ulcère gastrique, les spasmes de la musculature de l'estomac interviennent certainement. L'excès de tonus du sympathique augmente la sécrétion de sucre par le foie et inversement. D'autre part, une augmentation de l'irrigation diminue les manifestations spastiques, tandis que la diminution du sucre du sang les favorise. Le sucre possède une action antitétanique manifeste dans la spasmophilie infantile. En outre, des injections d'une solution hypertonique de glucose ont une action plus ou moins analogue à l'excitation du sympathique. Chez les diabétiques, la gangrène n'est pas due à l'hyperglycémie, et l'auteur a eu l'occasion d'observer précisément les bons effets d'injections de glucose dans des cas de gangrène diabétique. Enfin, la saignée qui provoque de l'hyperglycémie fait souvent disparaître d'une façon remarquable et immédiate des symptômes d'ulcère.

D'autre part, l'hypoglycémie s'observe dans la spasmophilie infantile, dans certains troubles circulatoires avec ischémie observée après l'administration de l'insuline. Dans certaines infections du foie et chez les vagotoniques on observe également une tendance aux états hypoglycémiques. Chez les ulcéreux, on observe parfois une hyperglycémie alimentaire. Mais le résultat, en pareil cas, dépend des tendances à la guérison ou à l'aggravation que présente la maladie et dont il n'est pas toujours suffisamment tenu compte.

Ces phénomènes de spasmophilie, aussi bien chez l'enfant que chez l'adulte, ont été jusqu'ici attribués à un déplacement d'équilibre ionique du sang et notamment à l'augmentation du potassium, des phosphates et des ions OH. Au contraire, l'augmentation de l'acidité a une action anti-spasmodique. Mais ces actions se font sentir vraisemblablement par l'intermédiaire des dépôts de glycogène dans le foie. La tendance à l'acidose provoque, en effet, un déversement du sucre dans le sang par le foie et inversement. Ainsi, en enrichissant le sang en glycogène et en l'appauvrissant en graisse, on agit vraisemblablement d'une façon favorable sur la spasmophilie qui constitue la base constitutionnelle de l'ulcère. P.-E. Morhardt.

H. Rosenhagen. *Contribution à la question de l'apoplexie tardive post-traumatique* (*Klinische Wochenschrift*, tome IX, n° 13, 29 Mars 1930. — L'observation qui fait le fond de ce travail concerne un conducteur de train de 27 ans qui est tombé du train dans un tunnel. Quand on a retrouvé cet individu, il n'avait pas perdu connaissance, mais il était confus et présentait des plaies superficielles. Au bout de 5 semaines, bien qu'il ne se soit pas senti aussi vigoureux qu'avant, il voulut reprendre son travail, et, 3 semaines plus tard, il fut pris par une crise d'apoplexie au milieu de la nuit et mourut en 8 heures.

L'autopsie montra qu'il y avait une hémorragie grosse comme une pomme dans l'hémisphère droit. A l'examen histologique, on a trouvé, dans l'écorce des régions frontale et pariétale, des cellules ganglionnaires bourrées de graisse, mal colorables et d'une structure régulière. Les cellules de la glia étaient également bourrées de graisse et de même que les cellules de l'endothélium. Dans la substance blanche, on trouvait des amas de produits de désintégration lipoïdique. Au voisinage du foyer hémorragique, la paroi de nombreuses artères était fortement épaissie, et on observait, dans les espaces lymphatiques périvasculaires, des hémorragies plus ou moins étendues. Mais il n'a pas été constaté de rupture vasculaire ou d'anévrisme.

Ainsi, on observe chez cet homme des processus de désintégration chronique dus à une lésion diffuse qui permet de conclure qu'il s'agit bien d'un cas d'apoplexie tardive post-traumatique.

Dans la littérature sur cette question, les auteurs qui admettent l'existence d'une apoplexie due à une cause de ce genre pensent que la commotion a dû être assez énergique pour entraîner des causes aussi graves. Cependant, dans le cas de R., le choc ressenti par le malade n'a certainement pas été très violent.

En ce qui concerne la genèse de ces lésions, l'auteur pense que des facteurs fonctionnels doivent intervenir. Cependant, il est rendu vraisemblable, par l'étude de ce cas, que les lésions du parenchyme sont primitives. Il subsiste donc encore bien des obscurités. En tout cas, les troubles subjectifs légers du genre de ceux qui furent ressentis par le malade doivent être, dans certains cas, considérés comme le signe d'une lésion organique. P.-E. Morhardt.

F. Klinge. *Le « rhumatisme »* (*Klinische Wochenschrift*, tome IX, n° 13, 29 Mars 1930). — K. ne pense pas qu'on doive se montrer sceptique à l'égard de la notion du rhumatisme dont les caractéristiques histologiques sont nettes et constituées par deux composantes : une nécrose locale avec imbibition et œdème, accompagnée parfois d'exsudation fibrineuse ou de dégénérescence fibrinoïde et, en second lieu, prolifération des cellules conjonctives avec apparition de propriétés tinctoriales particulières, cellules géantes et disparition des leucocytes polynucléaires.

Ces lésions ont été retrouvées d'abord dans le myocarde par Aschoff, puis, successivement, dans tous les tissus : vaisseaux, articulations, etc. Dans les muscles squelettiques, les lésions apparaissent à la limite du tendon et du muscle et K. remarque à ce sujet qu'il a constaté la lésion primitive de la fibre musculaire au niveau du diaphragme, des muscles du fémur, de la langue, etc. Ces lésions

sont d'abord dégénératives. Elles le sont même exclusivement dans les formes suraiguës. Le stade de prolifération n'apparaît qu'en second lieu et prédomine dans les formes très chroniques.

Les résultats négatifs ou contradictoires donnés par la recherche d'un germe amènent à considérer que, dans le rhumatisme, il y a, avant tout, une réactivité individuelle et variable de l'organisme qu'explique la théorie de Weintraud pour qui le rhumatisme est surtout un processus anaphylactique. K., après avoir sensibilisé des lapins avec du sérum de cheval, leur a injecté des quantités variables avec une périodicité également variable de cette même substance dans le genou droit par une méthode aussi peu traumatisante que possible. Quand les doses ont été élevées et les injections rapprochées, les lésions observées ont eu le caractère d'inflammation phlegmoneuse avec leucocytes polynucléaires. Mais quand les doses ont été faibles et espacées, les lésions ont été moins graves, les leucocytes ont été remplacés par des monocytes et il a été observé des foyers limités de dégénérescence dans lesquels on retrouvait une substance donnant les réactions de la fibrine entourée d'un tissu de granulation à monocytes. Ces lésions ont été observées dans le tissu péri-articulaire, dans le myocarde où se trouvaient souvent des cellules géantes, dans les muscles squelettiques, etc. Ces lésions, constituées par la combinaison d'une composante dégénérative et d'une composante proliférative, doivent être, selon K., identifiées aux lésions observées chez l'homme en cas de rhumatisme, malgré les différences, d'ailleurs peu importantes, qui existent entre les deux espèces de lésions.

K. est donc amené à considérer qu'un antigène constitué par un poison d'origine streptococcique, par exemple, pénètre dans l'économie à plusieurs reprises à partir d'un foyer tel qu'une angine, sensibilise les tissus et provoque ainsi des réactions anaphylactiques dans tous les organes, réactions que les traumatismes, au sens le plus large du mot, de même qu'un fonctionnement énergique, favorisent à un degré marqué. Dans ces conditions, il faudrait considérer qu'une angine peut être l'origine d'un envahissement de l'organisme par des poisons assez violents pour rendre inefficaces les forces de défense de l'organisme. On a alors une septicémie mortelle. Dans d'autre cas, au contraire, les forces de défense suffisent pour détruire complètement le germe et ses poisons. Entre ces deux extrêmes, on observe des formes de réactions dont l'une est constituée par le rhumatisme, l'autre par l'infection lente du type *Streptococcus viridans*. A côté des dispositions créées par la première infection, il pourrait y avoir également une allergie particulière héréditaire.

P.-E. Morhardt.

WIENER MEDIZINISCHE WOCHENSCHRIFT

Fuhs. ***Traitement des maladies de peau par l'irradiation*** (*Wiener medizinische Wochenschrift*, tome XXC, nº 22, 24 Mai 1930). — F. traite par les R.U V. un grand nombre d'affections cutanées en observant la technique suivante : il ne cherche pas à atteindre l'érythème dans les ulcérations torpides (ulcère de jambe), pas plus que dans la maladie de Dühring. Il recourt à des doses plus fortes dans l'eczéma séborrhéique, le psoriasis, l'urticaire, les prurits, les tuberculides. Enfin il provoque l'érythème dans la furonculose, l'acné, la rosacée, les alopécies.

Il réserve le traitement par les rayons X pour les cas suivants : les parasitoses folliculaires, les tuberculoses cutanées, l'acné hypertrophique, les onyxis, les prurits ano-vulvaires invétérés, les lymphomes cutanés, les verrues, les bubons vénériens.

Au radium enfin sont réservées les affections suivantes : les angiomes, les chéloïdes, les verrues, la leucoplasie, la maladie de Paget, les sarcomes de la peau.

G. Basch.

Scherber. ***Contribution au traitement de « l'impetigo herpétiforme », des formes diverses de pemphigus et de l'érythème polymorphe; application de la transfusion sanguine aux affections dermatologiques*** (*Wiener medizinische Wochenschrift*, t. XXC, nº 23, 31 Mai 1930). — Parmi les affections dermatologiques tenaces et difficiles à traiter, il faut signaler en premier lieu le groupe des pemphigus, groupe imprécis et de pronostic assez variable suivant la forme envisagée ; la distinction entre psmphigus et maladie de Dühring est d'autant plus délicate que l'auteur a observé un cas mixte ayant évolué pendant de longues années comme un Dühring et s'étant terminé comme un pemphigus grave.

S. traite la maladie de Dühring par l'association des R.U.V. et de l'arsenic pris à l'intérieur; il a obtenu ainsi les meilleurs résultats.

Il a traité de la même manière le pemphigus vulgaire, en y associant des injections d'albumine et la « plasmochine ». Il a tenté de traiter le pemphigus foliacé par la castration radiothérapique, mais sans aucun succès.

G. Basch.

Hellmut Husserl. ***Gastrophotographie*** (*Wiener medizinische Wochenschrift*, tome XXC, nº 23, 31 Mai 1930). — Dans le court article qu'illustrent des planches photographiques des plus démonstratives, H. précise la technique de la gastrophotographie, de la lecture des épreuves et des indications qu'on en peut tirer. Ainsi peut-on diagnostiquer de façon précise le volume et la situation d'un ulcère ou d'un cancer.

G. Basch.

Scherber. ***Contribution au traitement de « l'impetigo herpetiformis », des formes diverses de pemphigus et de l'érythème polymorphe grave; application de la transfusion sanguine aux affections dermatologiques*** (*Wiener medizinische Wochenschrift*, tome XXC, nº 22, 24 Mai 1930). — L'impetigo herpétiforme, affection rare, dite encore maladie de Hebra-Kaposi, survient chez la femme, soit à la fin de la grossesse, soit même après l'accouchement; quelques cas ont été cependant signalés chez l'homme. Il se caractérise par des troubles marqués de l'état général, et par une éruption de taches nummulaires, de surface inégale, croûteuses au centre, pustuleuses à leur périphérie, atteignant les régions inguino-crurales, l'ombilic, les lombes, les aisselles. En même temps que s'exagèrent la fièvre et les troubles de l'état général, l'éruption gagne la face, le cuir chevelu, et même les muqueuses; elle prend de plus en plus un aspect suppuratif, et aboutit enfin au tableau d'une érythrodermie généralisée.

S. relate une observation dans laquelle deux transfusions sanguines de 500 et de 200 cmc eurent les meilleurs résultats ; quant au traitement local, il consiste en l'application d'excipients simples suivis de poudrage à l'aide de poudres inertes ; dans les cas où l'état général et la disposition des lieux l'a permis, S. a utilisé les bains chauds de courte durée ; en outre il a pratiqué des injections d'hypophysine et a prescrit l'ingestion de thyroïde.

G. Basch.

THE LANCET

(Londres)

Burton-Wood et Roodhouse-Gloyne. ***L'asbestose pulmonaire*** (*The Lancet*, tome CCXVIII, nº 5557, 1er Mars 1930). — L'asbestose pulmonaire, ou amiantose, est une variété de pneumokoniose frappant les ouvriers qui travaillent l'amiante. Elle n'est connue que depuis quelques années, bien que l'amiante soit utilisée dans l'industrie depuis l'antiquité.

B. et R. ont eu l'occasion d'observer 37 cas d'asbestose, avec quatre autopsies. Leur expérience permet donc de fixer les grandes lignes de la symptomatologie de l'affection.

Cliniquement, la maladie est caractérisée par deux signes capitaux : dyspnée intense et toux. L'auscultation révèle des signes de sclérose pulmonaire. Le tableau est en somme celui d'une tuberculose pulmonaire à tendance scléreuse ; mais le diagnostic se fait facilement, lorsqu'on y pense, par l'interrogatoire, la radiographie, et surtout par l'examen des crachats, qui permet presque toujours de découvrir, à l'ultra-microscope, la présence des corps amiantacés, pathognomoniques de l'affection.

L'évolution est d'ordinaire assez rapidement fatale, et la mort survient 1 an ou 2 ans après le diagnostic. La suppression du travail dans l'atmosphère amiantée ne modifie pas le cours de la maladie. La mort survient soit par bronchopneumonie, soit par tuberculose surajoutée. L'autopsie montre une sclérose bilatérale très accusée, particulièrement marquée aux bases, avec aspect en nid d'abeille et dilatation bronchique. L'examen histologique montre l'existence de quantités innombrables de « corps amiantacés » qui bouchent lss bronchioles.

R. Rivoire.

W. Hall et R. H. Ellis. ***Le berger et la baignade des troupeaux*** (*The Lancet*, tome CCXVIII, nº 5557, 1er Mars 1930). — Les moutons sont plongés chaque année, en Angleterre, dans un bain arsenical et soufré, extrêmement toxique, et nombreux sont les accidents toxiques qui frappent les bergers à la suite de ce bain. Les auteurs rapportent la curieuse observation d'un berger qui mourut 10 jours après un bain arsenical, dans des symptômes faisant croire à un empoisonnement par l'arsenic. Et, à l'autopsie, des quantités considérables d'arsenic furent trouvées, mais la répartition de l'arsenic dans les divers organes était très différente de celle observée dans l'empoisonnement accidentel : l'arsenic était dans les reins et la paroi du gros intestin, mais il n'y en avait pas trace dans la peau ni les cheveux. En réalité, l'examen plus précis montra que la mort était due, non à l'arsenic, mais à une infection par une salmonellose, due au bacille aertrycke dont un chien était mort en même temps. Il semble donc qu'à la faveur de son métier une tolérance vis-à-vis de l'arsenic s'était établie chez le berger, et ce mithridatisme s'accompagnait d'une distribution d'arsenic dans les organes très différente de celle qui s'observe dans l'empoisonnement aigu.

R. Rivoire.

G. Troup et W. Hurst. ***L'encéphalomyélite disséminée compliquant la variole*** (*The Lancet*, tome CCXVIII, nº 5559, 15 Mars 1930). — Si l'encéphalomyélite post-vaccinale est maintenant bien connue, on sait beaucoup moins qu'une encéphalite absolument identique s'observe au cours de la rougeole et de la variole. T. et H. rapportent une observation d'encéphalomyélite post-varioleuse, très intéressante du fait de l'examen *post mortem* des centres nerveux. Les conclusions de l'examen histopathologique sont que cette encéphalomyélite est absolument impossible à différencier de l'encéphalite post-vaccinale : comme dans celle-ci, les lésions frappent essentiellement les gaines myéliniques et s'accompagnent d'infiltration cellulaire périvasculaire.

Ces constatations anatomiques plaident fortement en faveur de l'origine unique de ces diverses encéphalites : sans doute, un virus de sortie en est-il responsable, mais quelle est la nature de ce virus ? Quelle relation a-t-il, en outre, avec le virus de la sclérose en plaque, dont les lésions sont anatomiquement si voisines ? Il y a là une série de problèmes du plus puissant intérêt, qui vont peut-être recevoir une solution dans un avenir proche, si se confirme la découverte du virus de la sclérose en plaques.

R. Rivoire.

C. Dodds et D. Robertson. *Les relations de l'acide acétyl-acétique avec le coma diabétique; la cause de la mort dans le coma* (*The Lancet*, t. CCXVIII, n° 5564, 19 Avril 1930). — La question du coma diabétique est encore loin d'être claire. L'avènement de l'insuline n'a pas empêché la mort de survenir dans nombre de cas de coma; d'autre part, les travaux récents semblent diminuer considérablement le rôle de l'intoxication acide ou cétonique dans la pathogénie de ce coma.

L'auteur a étudié scrupuleusement les variations quantitatives de l'acide acétyl-acétique, de même que celles de l'aide β-oxybutyrique, et de la réserve alcaline dans le sang des malades atteints de coma diabétique.

L'acide β-oxybutyrique est depuis longtemps considéré comme sans importance dans la genèse du coma. Mais les travaux de D. et R. montrent à l'évidence que le rôle de l'acide acétyl-acétique est tout aussi nul. La proportion d'acide acétyl-acétique est souvent plus forte dans le sang des non-comateux que des comateux. De plus, la quantité d'acide diacétique diminue au fur et à mesure que le malade approche de la mort.

L'étude de la réserve alcaline montre que la théorie du coma par augmentation de l'acidité sanguine est tout aussi incontestable : cette réserve alcaline oscille entre 8 et 42 cm. chez les comateux, alors que l'on voit chez des urémiques un chiffre de 10 à 12 sans le moindre coma.

Quelle est la cause de la mort au cours du coma diabétique? Il semble que ce soit l'hypotension circulatoire, qui est constante lorsque le coma aboutit à la mort, alors même que le traitement par l'insuline a supprimé l'acidose et ramené à la normale la réserve alcaline. R. Rivoire.

A. G. Burton et A. R. Balmain. *Vitamine A et immunité anti-streptococcique* (*The Lancet*, tome CCXVIII, n° 5568, 17 Mai 1930). — Les récents travaux de Mellanby et Green sur le rôle de la vitamine A dans l'immunité sont connus en France; on sait que les animaux privés de cette vitamine meurent au cours d'accidents infectieux suraigus, et que, d'autre part, ces auteurs se sont vantés de guérir 75 pour 100 des cas d'infection puerpérale avec streptocoques dans le sang par administration de fortes doses de vitamine A. Etant donné l'importance pratique de pareilles constatations, B. et B. ont essayé de vérifier l'accroissement de cette immunité en essayant de transformer, par l'administration de *radiostoleum* (huile vitamine) à des femmes enceintes, une réaction de Dick positive en réaction négative. Sur 221 femmes enceintes à qui fut faite la réaction de Dick, 52 montrèrent une réaction positive. Après traitement par la vitamine A de ces 52 femmes, 16 réactions devinrent négatives. Cette proportion n'est pas supérieure à ce que l'on observe sans aucun traitement : il n'est donc pas permis d'en conclure que l'administration de vitamine A à des femmes enceintes augmente l'immunité anti-streptococcique. D'autre part, du radiostoleum fut administré à 64 convalescents de scarlatine, afin de vérifier si le remède pouvait augmenter l'immunité en présence d'un antigène. Mais les réactions de Dick restèrent positives dans la même proportion que dans 107 cas témoins.

Faut-il conclure de cette étude à la faillite totale de l'immunité par les vitamines? Certainement pas, à notre avis, pour deux raisons : d'abord, l'étude extrêmement générale, faite l'an passé en Angleterre, de la réaction de Dick chez les femmes enceintes, a montré qu'il n'existait aucun rapport entre un Dick positif et la prédisposition à l'infection puerpérale. D'autre part, nous ne savons encore, à l'heure actuelle, que si peu de chose sur l'immunité, que nous ignorons totalement si la négativation d'une cuti-réaction s'observe fatalement lors de l'apparition d'une immunité active. De toute façon, les résultats thérapeutiques et prophylactiques de la thérapeutique vitaminée sont encore trop peu nombreux pour qu'un jugement motivé soit porté sur la méthode. R. Rivoire.

L. Stent. *Réaction de Dick et infection puerpérale : 500 cas* (*The Lancet*, tome CCXVIII, n° 5568, 17 Mai 1930). — Encore une contribution à la vaste enquête organisée en Angleterre sur la valeur de la réaction de Dick dans la prédisposition à l'infection puerpérale. Encore une réponse montrant la valeur nulle de cette réaction. Le chiffre de 500 est suffisant pour diminuer sérieusement les causes d'erreur. Sur 500 cas, 9 infections graves survinrent, dont 5 avaient un Dick négatif. Or, sur ces 5 cas, 4 montrèrent, à l'hémoculture, du streptocoque hémolytique : cette simple constatation montrant la valeur absolument nulle de la cuti-réaction vis-à-vis de l'infection puerpérale, venant après les rapports analogues de Colebrook et d'Armstrong et Burt-White, il semble bien que la cause soit jugée. R. Rivoire.

G. W. Theobald. *Etiologie de l'éclampsie : observations et expériences* (*The Lancet*, t. CCXVIII, n° 5569, 24 Mai 1930). — T. expose ses idées personnelles sur l'étiologie de l'éclampsie. Pour lui, la théorie rénale de l'éclampsie n'est pas plus soutenable que la théorie de l'intoxication d'origine placentaire. Contre la théorie rénale, en effet, il y a les observations assez nombreuses d'éclampsie sans albuminurie et la constance d'une azotémie normale. Contre la toxine placentaire, il y a la répartition géographique si curieuse de l'éclampsie, qui est pratiquement inconnue dans certains pays, tels que l'Inde et le Siam; d'autre part, les cas assez fréquents d'éclampsie de l'ante-partum, guérissant avant l'accouchement, et celle du post-partum.

Quelle est donc la cause de l'éclampsie? Pour l'auteur, il faudrait y voir une intoxication d'origine intestinale, favorisée par la constipation, et qui devient grave du fait d'une diminution de la résistance de la femme, due à trois causes : foie surmené, diminution de la calcémie et de la glycémie, carence de vitamines due à une alimentation insuffisante pour deux êtres.

Peut-être y a-t-il quelque chose de vrai dans les affirmations de T.; mais les expériences entreprises pour justifier ses vues n'ont rien de démonstratif. R. Rivoire.

MEDICAL JOURNAL AND RECORD

Louis Faugères Bishop, Louis Faugères Bishop junior et Lewis H. Wheeler (New-York). *Un examen électrocardiographique pendant une attaque syncopale* (*Médical Journal and Record*, tome CXXXII, n° 1, 2 Juillet 1930). — F. F. et W. ont eu la chance de prendre un électrocardiagramme pendant une syncope chez un sujet de 51 ans présentant des palpitations avec une tachycardie à 120 pulsations.

Des électrocardiagrammes antérieurs et postérieurs montrent l'intégrité du fonctionnement cardiaque. Rien ne faisait prévoir la syncope qui survint au cours de la prise d'un 3e électrocardiogramme. Le sujet fut pris d'une transpiration profuse, devint pâle et le pouls ne fut plus perceptible au poignet. Il se rétablit rapidement sous l'influence des moyens habituels.

Le tracé pris montre un complexe ventriculaire aberrant suivi de deux cycles normaux et d'une pause puis un rythme bigéminé et le retour rapide à la normale.

Dans le cas de syncopes comme celle-ci, l'électrocardiogramme est précieux pour enlever toute appréhension au médecin et lui permettre de rassurer complètement et sincèrement le malade. Robert Clément.

LA SEMANA MEDICA
(Buenos Aires)

J. Orrice. *La myélose érythroblastique de l'enfance* (*La Semana Medica*, tome XXXVIII, n° 8, 20 Février 1930). — Malgré le titre de cet article, il ne s'agit pas de polyglobulie, puisque, chez les deux sujets étudiés, le nombre des globules rouges a toujours été inférieur à un million et demi. Ce qui justifie cette dénomination, c'est la présence dans le sang de nombreux monoblastes, qui accompagnent un syndrome très voisin en somme de celui de la maladie de Biermer; il n'en différait que par la valeur globulaire qui était inférieure à l'unité.

L'érythrémie s'associait à une leucocytose très modérée, qui ne dépassait pas 120 000 par mmc et n'affectait nullement le type myéloïde.

A l'autopsie on constata un début de fibrose avec légère myélose des différents organes hématopoïétiques.

Ces deux observations sont précédées d'une étude complète de la question des érythrémies; après l'exposé des deux observations personnelles, l'auteur discute dans quel groupe il convient de les ranger. En réalité, il est difficile de les classer dans une rubrique connue. Ce n'est à notre avis qu'un point tout à fait secondaire; il faut enregistrer ces deux cas et se souvenir de ce qu'ils voisinent de très près avec l'anémie pernicieuse. Tel est l'enseignement qui se dégage de cet intéressant article. M. Nathan.

LA PRENSA MEDICA ARGENTINA
(Buenos Aires)

Pasman et Moste. *Le kyste hydatique du sein* (*La Prensa Argentina*, tome XVI, n° 33, 30 Avril 1930). — Le kyste hydatique du sein, seule manifestation de la maladie hydatique, n'est pas très fréquent; on en trouve toutefois des cas signalés non seulement en Argentine, où le kyste hydatique abonde, mais encore dans l'Ancien Continent. Les auteurs en indiquent la bibliographie complète.

Le cas qui fait l'objet de ce travail concerne une femme de 37 ans, mère de 14 enfants. On constatait à la palpation du sein la présence d'une tuméfaction dure multilobée, nullement fluctuante, nullement adhérente à la peau; pas de masses ganglionnaires dans les aisselles, si bien que l'on pouvait penser à une tumeur bénigne, ce qui était réellement le cas.

Ajoutons que le sang ne présentait aucune éosinophilie et que la réaction de Weinberg était négative. On ne peut donc dire que les auteurs n'avaient pas pensé au diagnostic, qui ne fut établi que par l'examen histologique de la pièce opératoire. M. Nathan.


Médication
Anti-Bacillaire
AZOTYL
AZOTYL
en Ampoules pour Injections sous-cutanées
ou intra-musculaires et en Pilules kératinisées
à base de :
Lipoïdes spléniques
et Biliaires
Cholestérine pure
Essence Antiseptique :
Goménol
Camphre
Hyperactivé
par irradiation
aux rayons
U. V.
Actinotherapie
indirecte
Littérature
et Echantillons
LABORATOIRES
LOBICA
G. CHENAL, Phcien
46, Av. des Ternes, PARIS (17e)

REVUE DES JOURNAUX

LE JOURNAL DE MÉDECINE DE LYON

P. Courmont et P.-F. Fraissard (Lyon). *Comment agit le pneumothorax hémostatique?* (*Le Journal de Médecine de Lyon*, tome XI, n° 259, 20 Octobre 1930). — Le pneumothorax artificiel est un moyen excellent, souvent merveilleux, pour arrêter les hémoptysies graves : cette valeur hémostatique se confirme de plus en plus. Mais les plus grandes incertitudes règnent sur le mécanisme de son action. On croyait généralement qu'il produisait l'ischémie totale du poumon. Il est bien plus probable qu'il ne fait que diminuer dans une notable mesure la circulation pulmonaire.

Si, dans les hémoptysies par congestion locale il peut agir aussi bien sur la cause que sur le symptôme, dans les hémoptysies par lésion vasculaire il agit surtout en apportant, par la diminution du courant sanguin, une aide puissante à ce processus naturel d'hémostase qu'est la coagulation, et qui sans lui se trouverait trop souvent dans des conditions trop défavorables pour être efficace. Mais ce mécanisme sera d'autant plus efficace que la branche artérielle lésée sera plus petite, ouverte dans un espace moins grand, plus à l'abri des infections accessoires. S'il s'agit d'une artère pulmonaire satellite d'une bronche importante, les chances sont bien réduites, pour ne pas dire illusoires. Et si, à ce niveau de l'arbre aérien, la lésion siège sur une artère bronchique où la pression est environ cinq fois plus élevée que dans l'artère pulmonaire, toute considération thérapeutique théorique revêt plutôt — selon la forte expression de Jaccoud — l'apparence d'une méditation sur la mort.

Il va de soi qu'on associera au pneumothorax les divers procédés thérapeutiques qui accélèrent la coagulation sanguine : ingestion ou injection de chlorure de calcium, de sérum gélatiné, de médicaments biologiques coagulants, ou de ceux qui diminuent pour un temps l'afflux de la circulation de retour vers le poumon, comme le fait la ligature de la racine des membres. Petits moyens si l'on veut, mais qui jouent aussi leur rôle modeste à côté de ce moyen élégant et brillant qu'est le pneumothorax hémostatique.

Ch. Roubier et M. Treppoz. *Les images annulaires du poumon* (*Le Journal de Médecine de Lyon*, tome XI, n° 259, 20 Octobre 1930). — Facilement reconnaissables pour un observateur expérimenté et d'autant plus apparentes que le parenchyme avoisinant est plus indemne de lésions densifiantes, les images annulaires sont de constatation courante dans la tuberculose pulmonaire.

D'après leurs constatations personnelles, les auteurs admettent que, dans la très grande majorité, sinon dans la totalité des cas, ces images traduisent des pertes de substance à l'intérieur du parenchyme pulmonaire. Dans les cas où l'on aurait pu émettre un doute, en raison de l'aspect linéaire et très peu opaque du contour, et aussi de ce fait que la clarté du centre de l'image n'était pas plus grande que celle du parenchyme périphérique, l'autopsie, quand elle a pu être pratiquée, a montré qu'il s'agissait toujours de cavernes.

L'emploi systématique de la radiologie a bien montré la grande fréquence de cavernes muettes ; dans la statistique personnelle des auteurs, 52 pour 100 des cavernes constatées radiologiquement ne donnaient à l'auscultation aucun des signes permettant de penser à une excavation intra-parenchymateuse.

La caverne est souvent de formation très précoce au cours de l'évolution de la tuberculose, et, en général, elle est visible à l'écran bien avant de se traduire à l'oreille par les signes cavitaires classiques. Une image annulaire isolée dans un parenchyme pulmonaire sensiblement normal a bien des chances d'être silencieuse, elle doit même rester silencieuse. Pour que le syndrome cavitaire classique puisse se produire, il faut qu'il existe : *a*) des lésions de condensation péricavitaire; *b*) et aussi une perméabilité de la bronche de drainage. Lorsque celle-ci est obstruée par des masses caséeuses ou du tissu fibreux, les signes cavitaires d'auscultation font défaut.

La disparition, chez un malade, d'une image annulaire bien constatée antérieurement s'observe assez souvent. Les auteurs ne pensent pas qu'en pareil cas il faille conclure à la guérison anatomique de la caverne. Dans plusieurs cas, ils ont constaté la disparition, puis la réapparition ultérieure, exactement au même endroit, d'une image annulaire : la caverne n'était donc pas guérie, elle était seulement devenue invisible pendant les dernières années de la vie. La guérison anatomique des cavernes est certainement très rare et n'a été que bien peu souvent vérifiée.

P. Courmont et H. Gardère. *Le pouvoir bactéricide du sérum sanguin et des épanchements chez les tuberculeux* (*Le Journal de Médecine de Lyon*, tome XI, n° 259 20 Octobre 1930). — Dans les pleurésies séro-fibrineuses tuberculeuses, le *liquide pleural* est ordinairemenf très bactéricide, surtout dans les cas à curabilité rapide et complète. Au contraire, il est ordinairement peu élevé dans les cas mortels.

Le *sérum sanguin* des sujets tuberculeux présente un pouvoir bactéricide variable. Lorsque ce dernier est élevé, l'évolution favorable, et souvent la guérison clinique, est la plus fréquente. Lorsque, au contraire, le pouvoir bactéricide est faible, le nombre des évolutions favorables est peu élevé et le nombre des cas mortels atteint environ 50 pour 100.

Il y a donc une corrélation évidente entre l'élévation du pouvoir bactéricide et la bonne évolution des cas de tuberculose humaine. Il y a là un élément de pronostic pratique extrêmement important.

Le pouvoir bactéricide existe normalement dans le sérum de la plupart des espèces de mammifères observées, mais à des degrés très variables. Il est peu élevé chez beaucoup d'espèces réceptives et très élevé au contraire chez des espèces très résistantes, comme le cheval.

Le pouvoir bactéricide semble donc jouer un rôle très important dans la défense de l'organisme contre le bacille de Koch.

Ce pouvoir bactéricide, très résistant aux agents physiques, thermostabile, est certainement différent de l'alexine du sérum et se manifeste *in vitro* indépendamment de l'action de cette dernière.

DEUTSCHE MEDIZINISCHE WOCHENSCHRIFT (Leipzig)

G.-L. Dreyfus et K. Mayer. *La malariathérapie des scléroses en plaques* (*Deutsche medizinische Wochenschrift*, tome LVI, n° 21, 23 Mai 1930). — En tenant compte de certaines contre-indications nettes, et à condition de maintenir les malades en maison de santé, afin de surveiller attentivement leur circulation sanguine, on peut instituer sans danger la malariathérapie au cours d'une sclérose en plaques.

Les contre-indications essentielles et absolues sont des troubles graves nutritifs, le mauvais état général des malades ; en outre, l'intégrité de l'appareil circulatoire est indispensable pour permettre au malade de supporter sans risques les accès fébriles. Le moindre soupçon devra faire pratiquer une thérapeutique prophylactique par injection intraveineuse de solution sucrée de strophantine.

Les cas évolués avec manifestations multiples cérébrales et médullaires sont à éliminer, même si leur début est relativement récent; on exclura également les malades évoluant depuis 3 à 5 ans chez lesquels l'effet du choc ne peut plus être espéré.

Dans l'ensemble, le succès durable est d'autant plus probable que la maladie est d'apparition plus récente. Après 2 ans d'évolution, l'intensité et la durée de l'action thérapeutique sont déjà très compromises.

Les résultats les plus favorables ont été obtenus chez des sujets âgés de 18 à 40 ans, sans influence notable du sexe, aussi bien dans les formes cliniques progressives que dans celles évoluant par poussées.

Aucun incident n'est à redouter dans l'inoculation du plasmodium provenant d'un parasyphilitique à un sujet atteint de sclérose en plaques non spécifique.

En tenant compte de ces derniers éléments, on pourra compter sur un succès stable durant des années dans 30 à 40 pour 100 des cas traités.

Des études sont poursuivies pour établir si, après traitement habituel du paludisme jusqu'à disparition des accès fébriles, il y aurait lieu de faire une nouvelle pyrétothérapie par d'autres procédés.

G. Dreyfus-Sée.

U. Friedmann. *Le traitement radiothérapique de l'agranulocytose* (*Deutsche medizinische Wochenschrift*, tome LVI, n° 23, 6 Juin 1930). — F. emploie depuis 1927, dans le traitement de l'agranulocytose, l'excitation médullaire par irradiation de la colonne vertébrale (1/20 H E D). Ses premières observations isolées avaient été favorables, mais seule une statistique plus importante permet de juger de l'efficacité de cette thérapeutique.

Actuellement, l'auteur a réuni 43 cas d'agranulocytose ainsi traités : 23 malades sont morts de septicémie ou de pneumonie, 5 autres sont décédés moins de 36 heures après le début du traitement et devraient donc être éliminés en ce qui concerne l'appréciation des résultats. Parmi les 15 cas non compliqués antérieurement et traités à temps, 13 guérisons ont été obtenues.

Si on considère seulement les malades chez lesquels la thérapeutique a pu être instituée assez précocement pour prévenir les complications, on obtient 13 guérisons et 2 échecs. Mais même en tenant compte des formes déjà compliquées avant les irradiations, et de celles parvenues à un stade presque terminal, on obtient encore un pourcentage de guérison de 28,8 pour 100, donc très supérieur à la proportion habituelle (8 pour 100).

Le traitement radiothérapique médullaire, traitement logique dans une affection où la leucopoïèse est si intensément troublée, paraît donc fournir des résultats très favorables et mérite d'être poursuivi systématiquement.

G. Dreyfus-Sée.

K. N. Kyriasidis. *L'influence du paludisme sur la résistance de l'organisme contre la tuberculose* (*Deutsche medizinische Wochenschrift*, t. LVI, n° 24, 13 Juin 1930). — Le rôle prédisposant du paludisme vis-à-vis de la tuberculose constitue une question non résolue.

Le Dantec, C. Mense, etc., admettaient que la malaria, affaiblissant l'organisme, jouait un rôle préparant vis-à-vis du bacille de Koch. Ainsi s'expliquerait la fréquence de la bacillose dans les pays grecs chroniquement impaludés.

Cependant l'impression générale que fournissent les statistiques grecques est différente, et il semble que, comparant les statistiques de mortalités campagnardes et citadines, on observe une proportion inverse de décès par bacillose et par paludisme. Sans admettre, comme Boudin et de Brun, une immunité antituberculeuse réalisée par la malaria, les médecins grecs tendent à considérer, avec Bigniami, que, chez les paludéens chroniques, la tuberculose prend une allure chronique, scléreuse, apyrétique.

La recherche des réactions immunitaires chez les paludéens peut fournir une donnée intéressante de ce problème.

Les résultats de la cuti-réaction de von Pirquet ainsi que ceux de la recherche de l'index opsonique du sérum vis-à-vis du bacille de Koch ne montrent aucune prédisposition du terrain impaludé vis-à-vis de la bacillose.

Par contre, l'augmentation des opsonines dans le sérum sanguin des paludéens chroniques démontre l'existence d'une résistance accrue vis-à-vis de la tuberculose et explique les faits observés en clinique et confirmés par quelques observations anatomo-pathologiques.

G. Dreyfus-Sée.

K. Eimes. ***Régime hypochloruré et sécrétion gastrique*** (*Deutsche medizinische Wochenschrift*, tome LVI, nº 24, 13 Juin 1930). — L'un des arguments principaux opposé aux régimes hypochlorurés et, en particulier, au régime de Gerson-Sauerbruch, est la détermination de troubles de la sécrétion gastrique sous l'influence de la privation de sel. Une alimentation qui ne comporterait que le chlorure de sodium naturellement contenu dans les substances alimentaires amènerait des modifications du suc gastrique et, en particulier, inhiberait la sécrétion de l'acide chlorhydrique.

E. a institué depuis plusieurs années dans sa clinique des recherches sur l'action des aliments crus. Le régime administré à des sujets sains ou malades ne comporte que des végétaux et fruits crus donnés sans adjonction de sel, ainsi qu'un œuf par 24 heures, du lait, des laitages et de l'huile d'olive, l'ensemble du régime étant calculé de façon à fournir une ration calorique suffisante.

Dans ces conditions, l'examen systématique de la sécrétion gastrique à l'aide de prélèvements répétés, après plusieurs mois de régime, n'a montré aucune diminution du suc digestif.

Son acidité paraît même augmenter dans la majorité des cas. L'organisme humain pare à l'apport diminué de chlorure de sodium alimentaire en épargnant son élimination par les urines et les selles, de telle sorte que les tissus et humeurs n'en sont nullement privés et par conséquent la formation d'HCl se fait dans des conditions normales.

L'action excitante sur le suc gastrique observée chez les sujets au régime tient vraisemblablement à une propriété activante directe des sucs végétaux et des fruits crus.

G. Dreyfus-Sée.

O. Becker. ***Action calcifiante du vigantol appliquée au traitement de la tuberculose pulmonaire*** (*Deutsche medizinische Wochenschrift*, tome LVI, nº 24, 13 Juin 1930). — Les travaux de Gerson, Sauerbruch et Hermannsdorfer sur le régime des tuberculeux ont attiré l'attention sur l'importance du métabolisme calcique chez les bacillaires.

Le rôle du vigantol et de la vitamine D n'est donc pas négligeable. Si on sait comme des doses excessives sont susceptibles de déterminer des accidents toxiques et, en particulier, peuvent faire apparaître des dépôts calcaires dans certains tissus ou viscères, par contre l'usage prolongé de petites doses ne présente aucun danger.

B. a institué chez les tuberculeux pulmonaires évolutifs un traitement comportant : 2 fois par jour X gouttes de vigantol pendant 6 semaines de suite, 15 jours de repos, puis reprise, et en outre 5 gr. par jour de lactate de calcium (4 comprimés le matin à jeun, et 3 comprimés après chaque repas). Ultérieurement, il a essayé d'ajouter à cette thérapeutique le régime de Gerson et le minéralogène, mais les résultats n'ont pas été améliorés. Seule l'adjonction d'huile de foie de morue simple a paru utile.

Chez un certain nombre de malades, un processus évolutif a fait place à une bacillose scléreuse, l'état général s'est amélioré, la vitesse de sédimentation du sang a régressé. Après un traitement prolongé indispensable pour obtenir des résultats appréciables, il a été possible de noter des transformations radiologiques considérables.

L'indication essentielle de ce traitement serait de préparer le malade avant l'envoi dans une maison de cure.

G. Dreyfus Sée.

F. Lust et F. Spanier. ***Infections dentaires et affections rhumatismales dans l'enfance*** (*Deutsche medizinische Wochenschrift*, tome LVI, nº 25, 20 Juin 1930). — La collaboration entre dentiste et pédiatre devient actuellement de plus en plus indispensable. De nombreuses observations recueillies par Lust confirment l'importance des infections dentaires dans l'étiologie des affections rhumatismales, faits sur lesquels ont insisté les Américains.

L. publie 2 cas de manifestations rhumatismales qui résistaient à toutes thérapeutiques usuelles, depuis plusieurs semaines à plusieurs mois. L'extraction des dents de lait infectées amena une régression presque immédiate et totale des phénomènes locaux et généraux. L'existence d'infection de la 1re dentition à retentissement général justifiant une thérapeutique locale doit donc être bien connue des pédiatres.

Spanier insiste à son tour sur le traitement à employer en pratique lorsqu'il s'agit de caries atteignant les dents de lait.

Chaque point carié doit être traité aussi précocement que possible. Si la pulpe est atteinte, il faut tuer le nerf et évider la pulpe jusqu'au delà des limites de la carie. La dent ainsi nettoyée sera laissée ouverte. Une occlusion provisoire après désinfection peut être pratiquée à condition d'être enlevée et vérifiée tous les 3 mois environ. Dans ces conditions, une infection, même profonde, atteignant la racine, est vite enrayée ou, en tout cas, ne risque pas d'augmenter et de déterminer des abcès en cavité close ou d'entretenir une infection générale. A l'aide d'une petite seringue, les parents peuvent régulièrement nettoyer et désinfecter la dent ouverte.

Si cependant les phénomènes généraux persistaient ou se produisaient, et que l'infection dentaire paraisse en cause, l'extraction des dents de lait en traitement deviendrait indispensable.

G. Dreyfus-Sée.

F. Blumenthal. ***La valeur clinique du séro-diagnostic de la gonococcie*** (*Deutsche medizinische Wochenschrift*, tome LVI, nº 25, 20 Juin 1930). — On ne peut compter sur la spécificité absolue d'une réaction de laboratoire, et un pourcentage de 5 pour 100 d'erreur est de règle pour cet élément du diagnostic.

En ce qui concerne le séro-diagnostic de la gonococcie, il semble qu'il ne dépasse guère le pourcentage de 5 pour 100 de réaction positive non spécifique qui n'empêche pas de considérer la réaction comme utilisable cliniquement.

Son apparition tardive (2me semaine après l'infection) ne permet pas de s'en servir pour établir un diagnostic précoce, surtout en ce qui concerne la gonorrhée masculine ; chez la femme le diagnostic clinique à ce stade est parfois délicat et les résultats positifs du séro-diagnostic peuvent lui fournir un sérieux appoint.

Mais c'est surtout pour établir l'étiologie des complications plus ou moins tardives, annexielles ou articulaires, que la recherche de la réaction sérologique devient importante. Cependant il faut toujours se souvenir qu'elle ne fournit qu'un élément de probabilité et que le diagnostic repose essentiellement sur l'ensemble de signes cliniques et ne peut sous aucun prétexte être porté exclusivement sur les examens de laboratoires.

En ce qui concerne l'affirmation de la guérison, les résultats ne sont pas encore concluants : cependant une guérison clinique coïncidant avec une séro-réaction négative constituent des éléments de pronostic favorables. Au contraire, si le résultat est positif, il est prudent de pratiquer des essais de réactivation et des recherches bactériologiques et cliniques complètes avant d'affirmer la guérison.

On ne peut, en conséquence, établir de règles fixes, et l'interprétation de la réaction reste individuellement différente. Cependant elle constitue un précieux adjuvant aux méthodes cliniques et bactériologiques du diagnostic de la gonococcie.

G. Dreyfus Sée.

Schottmuller. ***La valeur de l'immunisation antiscarlatineuse*** (*Deutsche medizinische Wochenschrift*, tome LVI, nº 28, 11 Juillet 1930). — S. relate un essai intéressant d'immunisation passive et active antiscarlatineuse qui réussit à juguler une épidémie dans un asile de 223 enfants.

Après un premier cas, on avait noté 2 ou 3 contaminations quotidiennes et déjà 31 enfants avaient été ainsi atteints. C'est alors que fut pratiqué l'essai prophylactique : on injecta simultanément du sérum antistreptococcique scarlatineux et une toxine de streptocoque scarlatineux préparée selon la méthode de Gabritschewsky. Aucun cas de scarlatine ne fut plus observé les jours suivants parmi les enfants inoculés. 18 jours après (fin de la période d'immunisation passive), 3 nouveaux cas ayant éclaté, on pratiqua une deuxième série d'injections de sérum, et l'épidémie fut ainsi définitivement enrayée. En outre, on observa une modification du Dick des enfants immunisés.

S. insiste donc sur l'importance pathogénique et pratique de ces faits qui confirment quelques expériences antérieures et lui paraissent devoir faire tomber les objections maintes fois élevées à tort contre la méthode prophylactique.

G. Dreyfus-Sée.

Reiche et Reye. ***A propos des doses d'antitoxine utiles dans le traitement de la diphtérie*** (*Deutsche medizinische Wochenschrift*, tome LVI, nº 28, 11 Juillet 1930). — Les doses utiles de sérum sont très difficiles à définir. En ce qui concerne l'efficacité de la thérapeutique, il semble bien que les données épidémiologiques — virulence des germes, moments de l'épidémie — importent plus que les quantités de sérum employées.

Dans une épidémie survenue en 1928, on avait cru pouvoir attribuer à l'élévation notable des doses d'antitoxine les résultats thérapeutiques beaucoup plus satisfaisants que ceux observés en 1908 et 1919. Mais, pendant la même période, dans un autre établissement hospitalier peu éloigné du précédent, la statistique fournit des chiffres strictement comparables dans les formes moyennes ou graves, atteignant des enfants du même âge, malgré que les quantités de sérum employées aient été très inférieures (4.000 à 5.500 unités antitoxiques pour les formes moyennes, 4.900 à 6 700 pour les formes graves, au lieu de 8.900 à 13 400 unités dans les formes moyennes, et 16.300 à 27.000 dans les formes graves).

Dans un travail récent, Langer protestait contre les doses excessives d'antitoxine, et donnait, comme chiffres utiles : 200 unités par kilogramme dans les formes légères et 500 à 1 000 par kilogramme dans les formes graves. Il insistait surtout sur la nécessité primordiale d'une thérapeutique précoce et comparait, à ce point de vue, les statistiques de deux médecins, dont l'un n'observe aucun cas mortel

en injectant très précocement 1.000, 2.000 ou au maximum 3.000 unités antitoxiques, alors que l'autre relève une mortalité de 18 à 24 pour 100 chez des enfants traités plus tardivement par des doses considérables de 200.000 à 500.000 unités. Mais ces résultats sont critiquables, car il s'agit d'épidémies différentes.

Les statistiques publiées par R. et R. ont l'intérêt d'être strictement comparables; sans vouloir conclure, les auteurs indiquent nettement leur préférence pour des doses peu élevées, et insistent à leur tour sur l'importance capitale de la précocité de l'intervention thérapeutique.

G. Dreyfus-Sée.

Steihmer. *Critique de la réactivation gonorrhéique* (*Deutsche medizinische Wochenschrift*, tome LVI, n° 29, 18 Juillet 1930). — Il est classique, actuellement, de ne pas se contenter d'une série d'examens bactériologiques pour affirmer la guérison d'une gonorrhée, mais de déterminer une excitation locale afin d'être assuré de la stérilisation profonde absolue. Certains procédés (sondage, expression prostatique, etc.) sont des moyens destinés à faciliter le diagnostic bactériologique, et par conséquent doivent être conservés. Par contre, les procédés de réactivation vraie sont considérés par S. comme inutiles et dangereux. Lorsque leurs résultats sont positifs, ils déterminent une véritable rechute, parfois plus grave que la première atteinte, et qui, en tout cas, nécessite un traitement aussi sérieux et prolongé que le premier.

Par contre, il est vraisemblable que ces mêmes sujets, bactériologiquement guéris mais conservant encore quelques germes dans la profondeur de leurs muqueuses ou au fond de quelque repli des voies séminales, se seraient guéris totalement si, au lieu de pratiquer une brutale réactivation dix jours après la fin du traitement, on les avait abandonnés à eux-mêmes. Pour n'être pas dangereuse, la réactivation devrait être tardive, faite plusieurs mois après la fin du traitement. Il ne faut pas se leurrer sur le nombre de sujets qui reviendraient se faire examiner et traiter après ce long intervalle, mais il est vraisemblable que la stérilisation spontanée se serait parachevée chez presque tous.

En tout cas, S. considère qu'il ne peut être question d'imposer la réactivation à tous les gonorrhéiques comme un complément indispensable du diagnostic de guérison, et qu'il est du devoir du médecin d'avertir le malade du danger que lui fait courir cette technique. G. Dreyfus-Sée.

K. Moser. *Le problème du centre végétatif régulateur sanguin* (*Deutsche medizinische Wochenschrift*, tome LVI, n° 29, 18 Juillet 1930). — En 1929, Rosenow exposa une théorie, basée sur des observations cliniques et expérimentales, admettant l'existence d'un centre régulateur de la constitution du sang dont le siège serait dans le système strié pallidal. Il avait réussi, en particulier, à obtenir, chez l'animal, une leucocytose neutrophile avec déviation à gauche de la formule par piqûre du striatum ou de la région thalamique.

Il était intéressant de rechercher des modifications de la formule blanche dans les syndromes cliniques relevant d'altérations des ganglions centraux. M. a étudié une série de malades, et admet que l'on observe en effet des altérations de l'image sanguine, lors d'affections des ganglions centraux, en particulier lorsqu'il s'agit de tumeurs siégeant à leur niveau.

Ces faits, qui confirment les conclusions théoriques de Rosenow, ont un intérêt au point de vue du diagnostic de localisation. Même dans des cas stationnaires, non évolutifs, de syndromes post-encéphalitiques, l'hyperleucocytose neutrophile ainsi que les troubles légers de la régulation thermique traduiraient un syndrome neurogène régional.

G. Dreyfus-Sée.

H. Lubinski. *L'immunisation par voie digestive* (*Deutsche medizinische Wochenschrift*, t. LVI, n° 31, 1er Août 1930). — De nombreux auteurs se sont efforcés d'établir l'existence et la valeur de l'immunisation par voie digestive et des immunités locales vis à-vis des divers microbes.

4 groupes de travaux sont à envisager :

1° Expérimentation chez l'animal avec démonstration de l'immunité par un essai d'infection avec le microbe virulent;

2° Expérimentation chez l'animal avec recherche des anticorps humoraux tests d'immunité ;

3° Expérimentation humaine avec étude statistique de la morbidité et de la mortalité des sujets soumis comparativement à l'immunisation par voies digestive et sous cutanée ;

4° Expérimentation humaine avec appréciation des résultats par l'étude des modifications spécifiques du sérum ou des réactions cutanées.

L. fait une revue critique des principaux travaux de ces deux derniers groupes et conclut que les recherches concernant l'existence d'une immunité locale ou régionale ne sont pas démonstratives, et que rien ne permet actuellement de réfuter les connaissances admises sur la constitution et le rôle des anticorps.

L'ingestion du vaccin peut, dans ces conditions, déterminer une immunisation dans la mesure seule où il est absorbé. c'est-à-dire que de nombreux facteurs individuels interviendront, et qu'en tous cas des quantités notablement supérieures à celles utilisées par voie parentérale seront nécessaires.

La commodité plus grande, l'absence de tout risque sont certes des avantages non négligeables de la voie digestive, mais aucune certitude d'efficacité n'existe, et cette méthode reste en cela notablement inférieure à la voie parentérale qui doit lui être préférée dans tous les cas.

G. Dreyfus-Sée.

MÜNCHENER MEDIZINISCHE WOCHENSCHRIFT (Munich)

F. Hiller. *Le problème du centre bulbaire du métabolisme hydro-carboné* (*Münchener medizinische Wochenschrift*, tome LXXVII, n° 20, 16 Mai 1930).— Sur ce problème, maintes fois discuté depuis les premiers travaux de Claude Bernard, H. croit pouvoir fournir des données expérimentales nouvelles.

La glycosurie obtenue par piqûre du noyau dorsal bulbaire du vague à tous les niveaux est toujours demeurée très faible et nettement moindre que celle obtenue par lésion du domaine du noyau vestibulaire ou du cervelet.

Aucun fait ne plaide pour l'existence d'un centre sucré dans le bulbe alors qu'au contraire il semble que les effets des piqûres bulbaires soient du même ordre que les excitations nerveuses périphériques, c'est-à-dire des excitations sensorielles transmises au centre.

L'excitation de la piqûre ne paraît pas se transmettre par voie sympathique, mais emprunte plutôt les voies afférentes, traversant les zones sous-thalamiques pour gagner la substance grise mésencéphalique.

En effet, malgré la mortalité considérable résultant de cette intervention, H. a réussi à pratiquer une hémisection bulbaire au niveau du noyau dorsal du X. Ultérieurement, après réduction de la phase de choc, une piqûre au-dessous de la section donnait un résultat négatif, alors que la piqûre au-dessus de la section déterminait une augmentation de 55 milligr. de la glycémie.

Enfin H., pour répondre à certaines objections, a pratiqué chez des chiens la faradisation du bout central du vague au cou et a constaté que l'hyperglycémie provoquée était faible et du même ordre que celle déclanchée par l'excitation directe du noyau dorsal de X.

Ces expériences aboutissent donc à nier l'existence du centre bulbaire des hydrates de carbone, et incitent à réviser nombre d'autres localisations hypothétiques, au niveau du bulbe, des centres végétatifs expérimentalement non démontrés.

G. Dreyfus-Sée.

H. Lottig. *L'influence de l'hépatothérapie sur les syndromes médullaires de l'anémie de Biermer* (*Münchener medizinische Wochenschrift*, t. LXXVII, n° 20, 16 Mai 1930). — L. publie les observations détaillées de 9 cas d'anémie pernicieuse avec complications spinales, traités depuis un an par l'hépatothérapie.

Deux malades graves sont morts de bronchopneumonie ; les lésions nerveuses, non améliorées par le traitement prolongé, étaient intenses, avec, en outre, des altérations psychiques paranoïaques. Malgré que la mort ait paru déterminée par une complication intercurrente, l'état grave des sujets a certainement joué le rôle de circonstance favorisante.

Un cas avec insuffisance cardiaque sérieuse présentait des lésions nerveuses et psychiques graves dont l'évolution rapide entrava la thérapeutique.

Les 6 autres cas parurent améliorés par le traitement. Des modifications observées permettent de confirmer certaines notions établies par les Américains :

1° Amélioration plus nette et plus intense des lésions des cordons postérieurs que de celles des cordons latéraux. Par contre, il est inexact de dire que les manifestations spasmodiques ne sont pas influençables ;

2° Les lésions récentes médullaires se laissent mieux modifier que les altérations plus anciennes. Cependant, même lors de vieilles lésions spinales, on peut espérer exercer une certaine influence et on doit tenter le traitement.

L'action sur le système nerveux se fait plus tardivement que celle sur le sang. En outre, il importe, sous peine de rechutes ou d'aggravation, de poursuivre la thérapeutique à doses suffisantes.

Ainsi, il est inexact de parler des échecs de l'hépatothérapie dans les maladies nerveuses. Sans faire preuve d'un optimisme excessif, on est en droit d'espérer une influence de ce traitement sur les syndromes spinaux, sans cependant oublier que l'amélioration de l'anémie et de ses signes neurologiques n'empêche pas la persistance des lésions profondes, et que le soulagement ne peut être maintenu qu'à condition de poursuivre indéfiniment le régime. G. Dreyfus-Sée.

Borbély. *La tendance hémorragipare de la peau* (*Münchener medizinische Wochenschrift*, t. LXXVII, n° 21, 23 Mai 1930). — Les premiers essais de mesure de la tendance hémorragipare de la peau (épreuve de stase de Rumpel et Leede) avaient surtout pour but de permettre un diagnostic précoce de la scarlatine. Mais la spécificité de ces phénomènes a été controuvée et Stephan a montré que le « symptôme endothélial » peut s'observer dans 3 groupes d'affections :

1° Dans les lésions directes des endothéliums dues soit à des toxines (toxines bactériennes ou endogènes), soit à une nutrition défectueuse (inanition ou avitaminose);

2° Dans les altérations indirectes par troubles endocriniens ou maladie de l'appareil réticulo-endothélial;

3° Dans les troubles du tonus capillaire par suite d'une maladie du système sympathique périphérique ou des centres nerveux.

Dans les essais initiaux destinés à mesurer cette tendance hémorragipare, un garrot, appliqué sur un membre, provoquait une stase locale veineuse et une élévation de la tension capillaire : la rupture d'équilibre des forces contraires agissant sur

la paroi capillaire déterminait une diapédèse des globules rouges à travers cette paroi distendue et on observait quelques points purpuriques.

Mais la mesure des forces en présence était impraticable, car de nombreux facteurs intervenaient pour régler l'élévation de la tension intracapillaire qui restait impossible à apprécier.

B. a eu l'idée de remplacer cette élévation de pression intravasculaire par une diminution des pressions s'exerçant sur la paroi externe capillaire.

A l'aide d'une ventouse de Bier on obtient une traction mesurable par le degré du vide nécessaire à déterminer l'apparition des pétéchies. Avec une peau apparemment normale les facteurs de variation due à la résistance cutanée sont pratiquement négligeables. En outre, on peut ainsi apprécier la tendance hémorragipare d'un point quelconque de la surface cutanée.

Un appareil de mesure adapté à la ventouse permet de mesurer le degré de traction. En pratique on établit la plus faible traction qui en un point déterminé de la peau, provoque l'apparition, en une minute, au centre d'une ventouse de 2 cm. de diamètre, de 1 ou 2 pétéchies ponctiformes.

Cette tension critique minima est influencée par l'épaisseur et l'élasticité de la peau (ichtyose, semelle plantaire), par la dilatation vasculaire (bain chaud) et par l'état de la paroi des vaisseaux (auto-intoxication, injections intraveineuses de calcium, de salvarsan).

Cette méthode peut rendre des services dans l'étude de certaines affections, diathèses hémorragiques, urémie, ainsi que comme contrôle au cours de certaines therapeutiques (traitements arsenicaux). G. Dreyfus-Sée.

E Jacobi. *Traitement de l'encéphalite chronique par l'harmine* (*Münchener medizinische Wochenschrift*, t. LXXVII, n° 22, 30 Mai 1930). — Après la découverte de la banistérine, alcaloïde du yagé, les premiers essais avaient dû être abandonnes du fait de la difficulté considérable de préparation du médicament.

L'harmine, extrait du « pegamun harmali », semblable chimiquement et physiquement à la banistérine, avait fourni expérimentalement des résultats comparables et présente le grand avantage d'être aisément obtenu.

Cependant son efficacité dans le traitement des séquelles encéphalitiques a été discutée et J. a repris les essais sur une trentaine de malades chroniques.

Il a obtenu :

1° Une action immédiate : soulagement net, amélioration de la mobilité active, et légère diminution de la raideur. Par contre, aucune influence sur le tremblement, les troubles psychiqves ni les phénomènes spasmodiques oculaires ou cervicaux ;

2° Une action durable : amélioration nette dans 25 pour 100 des cas ; cependant aucun cas miraculeux comme ceux qui ont été décrits par d'autres auteurs : nul sujet ne récupère l'état antérieur à la maladie, l'état de la plupart ne fut pas assez transformé pour permettre la reprise du travail en dehors de l'établissement hospitalier et la récupération sociale effective.

Dans un autre quart des cas, on observe une amélioration parcellaire, la régression de certains symptômes sans modification du tableau clinique général.

Enfin 50 pour 100 ne furent nullement influencés favorablement par la thérapeutique et dans quelques cas on nota même une aggravation.

En conclusion, sans prendre parti résolument pour ou contre le médicament ainsi qu'ont voulu le faire certains auteurs, J considère qu'il est susceptible de rendre des services dans le traitement de quelques symptômes, mais qu'il ne peut nullement remplacer la scopolamine ni l'atropine.

Ses expériences se poursuivent d'ailleurs actuellement pour l'utilisation de l'harmine combinée avec la scopolamine, l'atropine et même le datura stramonium. G. Dreyfus-Sée.

N. Gerson *Principes fondamentaux du « régime de Gerson »* (*Münchener medizinische Wochenschrift*, tome LXXVII n° 23, 6 Juin 1930). — Depuis les publications de Sauerbruch et Hermannsdorfer, G. a poursuivi ses recherches et modifié sur quelques points son régime, tout en en étendant les indications.

Alors que Sauerbruch, Hermannsdorfer et de nombreux auteurs à leur suite restreignaient le rôle du régime à la cure des tuberculoses pulmonaires, cutanées ou ostéo-articulaires, G. d'emblée avait considéré qu'il s'agissait d'un principe général de traitement des maladies chroniques. Le terrain organique prédisposé aux affections lentes subirait, du fait du régime, une transformation favorable par suite d'une modification des échanges.

Pour certaines affections, de nombreuses observations ont montré à G. les heureux résultats de son régime ; pour d'autres, les succès encore isolés qu'il a obtenus ne lui permettent pas de conclure.

En dehors des diverses formes de bacilloses pulmonaire, laryngée, rénale, ostéoarticulaires ou cutanées, c'est surtout chez les migraineux que des améliorations ont été fréquemment observées.

Le rhumatisme déformant a été influencé favorablement, non seulement en ce qui concerne son évolution clinique, mais encore au point de vue des altérations radiologiques. Selon les cas, diverses médications adjuvantes peuvent être utiles (amygdalectomie, opothérapie, gymnastique, etc.) Dans cette affection la carence en albumine doit être marquée.

Dans l'épilepsie, les succès du régime sans sel seraient dus, selon G., non pas à l'assimilation du brome, mais à la carence en chlore.

Les affections cutanées sont également favorablement influencées :

Le lupus est guéri, non pas en tant que tuberculose cutanée par une action spécifique, mais bien par la modification générale entraînée par le régime, ainsi que le prouvent certaines observations où l'on vit régresser simultanément les lésions cutanées et les phénomènes de migraine.

Le psoriasis présente une remarquable amélioration et même parfois une guérison absolue de formes anciennes.

Citons encore des résultats favorables obtenus dans des cas de sclérodermie, de mycosis fongoïde, d'actinomycose ; la régression des chéloïdes se fait de façon notable.

Enfin l'action générale du traitement est encore démontrée par les sédations symptomatiques observées dans des cas de sclérose en plaques, de tabes, d'angor pectoris.

Les dysménorrhées, en particulier les pertes blanches, subissent une régression nette.

Les affections chroniques non tuberculeuses des voies respiratoires sont également influencées : asthmes bronchiques en particulier (10 cas sur 12). Les hypertendus, les artério-scléreux bénéficient également de l'application de cette méthode.

Mais, pour obtenir des succès thérapeutiques, il importe de ne pas appliquer uniformément et aveuglément le régime.

Le nouveau régime de G. diffère par plusieurs points de celui qu'ont employé Sauerbruch et Hermannsdorfer.

A l'inverse de ses premières hypothèses, G. avait constaté que le régime avait une action acidifiante et non alcalinisante. Sans tenir compte de ces notions théoriques, il avait cependant été amené en pratique à restreindre considérablement la ration albumineuse jusqu'à 67 gr. d'albumine par jour dont 12 gr. d'albumine végetale.

Actuellement, il ne donne plus que 100 gr. de viande et 70 gr. de poisson par semaine, et supprime même ces quantités chez certains malades, alors que Herrmannsdorfer autorise plus de 600 gr. de viande, du poisson et des substances azotées.

Seul le jaune d'œuf est permis, la crème est interdite, et 250 gr. de lait par jour constituent le maximum autorisé par G Les asthmatiques, eczémateux, hypertendus, etc., ont un régime plus carencé encore, ainsi que les migraineux, alors que les tuberculeux, les basedowiens recevront 100 à 160 gr d'albuminoïdes par jour.

En outre, les liquides — soupes, eau, limonade, bière, thé, café, vin, etc., — sont supprimés et remplacés par une alimentation riche en végétaux, fruits et légumes. Certains jours, le régime comportera uniquement des végétaux crus. L'apport en vitamine ainsi réalisé est complété par un apport minéral intense encore accru par le minéralogène : on obtient par ce moyen une diminution du chlore et un accroissement des autres sels minéraux.

Noter également l'adjonction souvent utile d'huile de foie de morue.

G. indique en détail la constitution de la ration quotidienne et, par semaine, les quantités d'aliments permis et leur valeur calorique ainsi que la quantité de chlorure de sodium qu'ils contiennent (soit 1 gr. 558 par jour en moyenne).

Les albumines constituent 10 pour 100, les graisses 56 pour 100 et les hydrates de carbone 34 pour 100 de la ration calorique.

Donc, dans l'ensemble, ce régime reste peu calorigène; très riche en graisse, il est notablement carencé en hydrate de carbone et en albumine. Il est abondamment fourni de vitamines et de sels minéraux à l'exclusion de chlorure de sodium. Dans certains cas, l'institution de journées de diète avec alimentation comprenant seulement des végétaux crus diminuera encore l'apport en albumines.

Selon G., les modifications humorales ainsi obtenues seraient particulièrement favorables et amèneraient une régression rapide des symptômes résistant aux thérapeutiques habituelles.

G. Dreyfus-Sée.

F. Scheurlen et A. Orlowitsch. *Le traitement de la tuberculose pulmonaire par les vitamines* (*Münchener medizinische Wochenschrift*, t. LXXVII, n° 23, 6 Juin 1930). — S. et O. soupçonnent que le rôle primordial, dans le régime de Gerson-Hermannsdorfer-Sauerbruch, est joué, non pas par la carence chlorurée sodique, mais par l'apport vitaminé considérable (jus de légumes et de fruits et huile de foie de morue).

De même que pour le rachitisme, il est possible de suppléer à l'irradiation directe par l'apport de vitamine D en solution; de même, chez les tuberculeux, l'insolation directe, dont on connaît l'efficacité, pourrait être remplacée par une administration abondante de vitamine D.

S. et O. ont soumis systématiquement leurs malades au traitement par le vigantol : 1 puis 2 dragées par jour continuellement. En outre, la cure de repos était continuée, et la moitié des malades prenaient de l'huile de foie de morue et une médication calcique.

52 cas de tuberculose pulmonaire vérifiée radiologiquement ont été traités :

1° 23 cas récents évolutifs (début depuis 6 mois environ);

2° 25 cas datant de 2 à 4 ans, mais ayant subi une poussée évolutive récente non enrayée;

3° 4 cas chroniques avec tendance à la guérison.

Ces formes se répartissaient en :

7 cas évolutifs rapides non influencés par le régime ;

10 cas évolutifs labiles, dont 3 se sont aggravés, 7 sont restés stationnaires sans modification du pronostic par le traitement ;

35 cas stationnaires parmi lesquels on note : chez 24 malades une évolution normale analogue à celle des malades semblables traités par la méthode de cure sanatoriale habituelle; dans 1 cas une poussée évolutive passagère suivie de

retour à l'état antérieur fut observée pendant le traitement; 2 cas, après un début favorable, devinrent évolutifs sans cause décelable.

Les 8 derniers, différents les uns des autres au point de vue clinique, mais tous également évolutifs, subirent une amélioration très nette, inhabituelle, clinique et radiologique.

Le nombre des hémoptysies intercurrentes chez ces 35 malades réalisa la proportion fréquemment observée (3 cas).

L'évolution des malades atteints de bacillose laryngée fut également comparable à ce qu'on observe habituellement (2 aggravations, 2 améliorations, 8 cas modifiés).

Dans l'ensemble, par conséquent, les résultats obtenus ne sont guère différents de ceux qu'on observe par le simple traitement sanatorial. On ne peut donc en induire une activité propre de la vitamine D, et les notions théoriques soutenues par S. et O. ne sont guère confirmées. Cependant ils font observer qu'il est possible qu'il s'agisse d'une action simultanée des vitamines B et D abondamment représentées dans le régime de Gerson-Hermannsdorfer-Sauerbruch, et ils reprennent leurs recherches dans ce sens.

G. Dreyfus-Sée.

H. Alexander. ***Traitement de la tuberculose pulmonaire par le régime déchloruré*** (*Münchener medizinische Wochenschrift*, tome LXXVII, n° 23, 6 Juin 1930). — Après des essais poursuivis systématiquement pendant un an, l'impression générale de A. est favorable à la méthode diététique.

Les divergences entre les divers auteurs sur le régime, les fluctuations que l'on observe dans l'équilibre de la ration chez un même auteur au cours de son expérimentation, ne permettent plus de parler du régime global de Gerson-Hermannsdorfer Sauerbruch.

A. a employé le régime préconisé par Hermannsdorfer en y ajoutant les jus de fruits et de légumes qui devaient être ultérieurement recommandés par Gerson.

Il insiste sur la nécessité de restreindre les indications et de préciser les diagnostics et il critique à ce point de vue les travaux de Gerson.

Il a obtenu de remarquables améliorations dans quelques cas et ne s'est heurté à aucune difficulté matérielle pour l'institution et la prolongation du régime que les malades intelligents ont fort bien accepté.

En ce qui concerne les indications et contre-indications de la cure diététique, elles restent à préciser, et il est possible que l'étude du métabolisme basal chez les malades qui y sont soumis puisse être un guide utile.

G. Dreyfus-Sée.

P. Martini et W. Nagel. ***Le traitement par voie digestive du diabète sucré à l'aide de la cholosuline*** (*Münchener medizinische Wochenschrift*, tome LXXVII, n° 24, 13 Juin 1930). — Sur 9 diabétiques traités de façon prolongée par la cholosuline, on a noté 6 fois une légère diminution de la glycosurie survenue tardivement après administration longue de grosses doses de médicament. Ces cas favorables semblent avoir suivi nettement l'influence du traitement et non pas avoir subi une simple évolution spontanée. D'ailleurs l'effet est loin d'être comparable à celui qu'eût déterminé l'injection d'insuline.

Malgré 5 semaines de traitement, 1 cas demeura sans aucune amélioration, 2 autres présentèrent une augmentation notable de leur glycosurie.

La glycémie resta au même taux dans 5 cas, et s'éleva chez les autres malades pendant la durée du traitement.

L'étude de la courbe glycémique pendant les heures suivant l'ingestion du médicament montra cependant une chute nette. La glycémie alimentaire fut peu et inconstamment modifiée.

Dans l'ensemble, il semble qu'il se produise une très faible résorption d'insuline active au cours du traitement par ingestion prolongée de doses élevées de cholosuline.

La tolérance hydro-carbonée et l'état des échanges nutritifs restent sensiblement identiques. La glycémie n'est guère modifiée et par conséquent tous les dangers auxquels est exposé un diabétique très hyperglycémique demeurent à craindre.

Seule la facilité d'application de la thérapeutique plaide en faveur de son utilisation prolongée dans des cas délimités, chez des diabétiques légers non hyperglycémiques.

D'ailleurs le besoin de doses médicamenteuses très élevées pour obtenir une action thérapeutique augmente le prix de revient du médicament de telle sorte que le traitement reste aussi onéreux qu'un traitement par injections sous-cutanées d'insuline ou parfois même encore davantage.

G. Dreyfus-Sée.

F. Hamburger. *Le déterminisme de la diphtérie* (*Münchener medizinische Wochenschrift*, t. LXXVII, n° 25, 20 Juin 1930). — La diphtérie représente le type de l'infection facultative par opposition à la rougeole, infection obligatoire.

Les deux facteurs déterminants de la diphtérie, germe microbien et terrain, constitutionnel, loin d'être constants, sont en réalité des facteurs d'importance très variable, non seulement d'un individu à l'autre, mais même chez un individu considéré à des époques différentes. Tel sujet non réceptif à un moment donné sera susceptible de contracter une diphtérie ultérieurement, alors même que le germe déterminant présentera une virulence égale ou moindre.

Cette réceptivité paraît tenir non seulement au taux d'antitoxine mais encore, toutes doses égales d'ailleurs, à un facteur X complexe et inconnu.

Immunité antitoxique et facteur X peuvent, chez certains sujets, rester stables (isophiles) alors que, chez d'autres, ils présentent des fluctuations notables (poïkilophiles).

On a surtout étudié les variations de l'immunité antitoxique d'un même sujet sous des influences variables, spécifiques ou non. D'ailleurs les sujets, qu'ils soient isophiles ou poïkilophiles, présentent des facultés de formation d'antitoxine très différentes : les uns peuvent en fabriquer beaucoup, d'autres une quantité moyenne, d'autres enfin très peu (Eu-, mes- et dysergiques).

En tenant compte de ces divers facteurs, on peut tenter d'établir le degré de réceptivité d'un individu vis-à-vis d'une infection virulente à bacilles de Klebs-Loffler.

G. Dreyfus Sée.

KLINISCHE WOCHENSCHRIFT

(Berlin, Francfort, Munich, Vienne)

P. György, E. Moro et E. Witebsky. *La sensibilité au blanc d'œuf dans l'eczéma infantile.* (*Klinische Wochenschrift*, tome IX, n° 22, 31 Mai 1930). G. M. et W. ont recherché la sensibilité de 94 nourrissons ou enfants eczémateux à l'égard d'une série de substances : lait, farine, blanc d'œuf, etc., par la méthode de von Pirquet. D'abord en utilisant des solutions étendues, ils n'ont obtenu aucun résultat; par contre, des solutions concentrées en ont donné de nets : tous les cas qui ont réagi positivement se sont montrés sensibles au blanc d'œuf. Sur 49 eczémas typiques, il y a 40 réponses positives; sur 45 dermatites séborrhéiques il y a eu 43 réponses négatives et sur 362 enfants normaux, il n'y a eu aucune réponse positive.

Les auteurs ont aussi utilisé la méthode de Prausnitz-Küstner selon laquelle on injecte 0,1 cmc du sérum à examiner sous la peau du dos; 12 ou 24 heures plus tard, au même endroit, ou bien selon la proposition de W. Jadassohn, à un autre endroit, pour déterminer une réaction à distance, on injecte 0,1 cmc de blanc d'œuf à 1/10 ou à 1/100. Dans quelques cas, on a également réussi à déclencher la réaction en administrant du blanc d'œuf à l'intérieur. Les résultats de ces procédés ne sont pas toujours les mêmes que ceux de la méthode de Pirquet.

L'un des 3 auteurs de ce travail (W.) a également étudié les propriétés de la réagine qui est en cause dans ces réactions. Pour cela, il a d'abord ajouté, à des quantités décroissantes de blanc d'œuf, 0,25 cmc d'une dilution de sérum de cobaye au 1/20, puis 0,25 cmc de sérum de malade dilué au 1/5 et inactivé à 55°. Après digestion, pendant une heure à 37°, ajouté 0,5 cmc d'un mélange à parties égales d'une suspension de globules de moutons et d'une dilution d'ambocepteur. Cette méthode n'a donné de résultats positifs qu'avec des dilutions extrêmement élevées, ce qui met bien en évidence le phénomène de l'inhibition par excès. Dans la plupart des cas où la méthode de Prausnitz-Küstner donnait des résultats positifs, on a ainsi pu retrouver l'anticorps contre le blanc d'œuf. Pour que cette réaction soit positive, la dilution du blanc d'œuf doit aller de 1/30 000 à 1/10.000.000. La lecture doit se faire à la 15e et à la 30e minute; à seconde lecture, la réaction souvent a disparu. Le blanc d'œuf de pigeon n'a pas donné de résultats, mais le jaune d'œuf en a donné parfois.

En ce qui concerne la constitution d'anticorps pour le blanc d'œuf chez les eczémateux, on doit remarquer que l'antisérum de lapin pour le blanc d'œuf ne donne pas la réaction de Prausnitz-Küstner. En outre, les effets des anticorps sont constatables encore après 2 heures à l'étuve et l'inhibition par excès est très faible. On doit donc admettre qu'il existe des différences essentielles entre l'action des anticorps du sérum des eczémateux sensibles au blanc d'œuf, d'une part, et, d'autre part, l'action du sérum qui contient des anticorps pour le blanc d'œuf.

Un des résultats importants donnés par ces recherches est constitué par les différences observées entre les dermatites séborrhéiques eczématoïdes et l'eczéma vrai. A ce sujet, G. M. et W. font remarquer que, sur les 9 enfants eczémateux qui ont donné un résultat négatif, il y avait 4 fois neurodermite circonscrite qui représente une affection particulière.

Chez 2 enfants, autrefois eczémateux, mais complètement guéris, on n'a pas pu provoquer de réaction cutanée.

Il semble à G. M. et W. qu'il y ait des relations de cause à effet entre la sensibilité au blanc d'œuf et l'eczéma. En tout cas, ils suppriment cet aliment du régime ainsi que le lait et les farines de céréales. En appliquant des compresses imbibées de blanc d'œuf dilué ou d'histamine, ils n'ont pas réussi à provoquer des lésions proprement eczémateuses.

P.-E. Morhardt.

W Borchardt. *La peau humaine réagit-elle au froid et à la chaleur comme un objet inerte?* (*Klinische Wochenschrift*, tome IX, n° 22, 31 Mai 1930). — B a étudié les effets du froid ou du chaud sur la peau humaine dont il a mesuré les variations de température avec un thermo-élément de précision pendant qu'il plongeait l'avant-bras tout entier dans une eau d'une température donnée. Il a, d'autre part, étudié les courbes de température de sphères de cuivre également plongées dans des bains de température diverse. Les courbes qu'il a obtenues lui ont montré que la peau, très vite après la cessation de l'excitation, reprend sa température normale, tandis que la sphère conserve la température qui lui a été donnée.

La régulation thermique varie beaucoup suivant les individus. Les tuberculeux et les asthéniques paraissent posséder une température et une irrigation cutanée insuffisante, et des constatations de ce genre permettraient peut-être d'apprécier si un

climat maritime ou d'altitude est bien ou mal supporté.

Les mesures thermométriques ou calorimétriques avec le katathermomètre ou le frigorimètre n'ont qu'une signification modérée en climatologie humaine, car il leur est impossible de tenir compte des réactions de la peau et de ses capillaires.

P.-E. MORHARDT.

Richard Stephan. ***Polyglobulie symptomatique et thérapeutique par le foie; contribution à la pathogenèse de l'anémie pernicieuse*** (*Klinische Wochenschrift*, tome IX, n° 23, 7 Juin 1930). — On sait mal encore comment le foie agit dans l'anémie pernicieuse. D'autre part, l'emploi de la rate dans le traitement de la polyglobulie a été attribué soit à une action hémolysante, soit à une action inhibante sur l'activité de la moelle osseuse et on est arrivé à employer la rate pour exciter le fonctionnement de l'appareil réticulaire.

S. est parti d'un tout autre point de vue. Ayant constaté que des polyglobulies symptomatiques peuvent devenir progressivement des anémies pernicieuses authentiques, il a pensé qu'il y avait, dans les états de ce genre, un trouble de la fonction de l'écorce des surrénales chargées de maintenir à un taux constant le nombre des globules rouges et que, dans ces conditions, le foie pouvait être administré pour stimuler la fonction régulatrice de l'écorce des surrénales plus que pour agir sur l'anémie ou sur la polyglobulie.

Chez 5 malades, dont 2 d'ailleurs doivent être éliminés parce que le nombre des érythrocytes avant le traitement n'a pas été observé pendant un temps suffisant, on a constaté que l'administration de foie rend la proportion des hématies rapidement normale. La découverte de la polyglobulie chez ces malades a d'ailleurs été le fait du hasard. Il s'agissait donc de polyglobulie symptomatique au sens de Naegeli et non pas de polycythémie vraie. On ne saurait, dans ces conditions, attribuer à la rate une action hormonale spécifique, car les cellules de Kupffer hépatiques ne peuvent expliquer que les deux viscères aient une même action pharmacologique. De même, une action non spécifique de l'albumine ne peut être admise, car la viande reste sans action.

Le foie, pour agir, doit être administré à doses considérables. Il ne saurait donc s'agir ni d'une action hormonale, ni d'une vitamine. Enfin, on ne saurait admettre que le foie soit capable de produire la substance active qui doit simplement se trouver en dépôt dans cet organe et qui stabilise la composition morphologique du sang par l'intermédiaire de l'écorce des surrénales.

En administrant par la bouche un extrait de toutes les couches de l'écorce des surrénales, dépourvu d'adrénaline, additionné d'acide désoxycholique et pris à jeun à la dose de XX gouttes, dose qui représente une surrénale de porc, on arrive à faire diminuer, en quelques heures, les symptômes pathologiques opposés : augmenter de 25 pour 100 les hématies dans l'anémie pernicieuse ou les diminuer de 7,8 à 5,8 millions dans la polyglobulie, en 24 heures. Ces effets sont obtenus avec des équivalents de 3 à 4 gr. d'organes frais.

On retrouve, selon S., un phénomène analogue, c'est-à-dire une augmentation rapide de la tolérance, dans le diabète, sous l'influence d'administration orale d'insuline. P.-E. MORHARDT.

S. Wassermann. ***Le mécanisme de la dyspnée cardiaque paroxystique et de l'asthme bronchique*** (*Klinische Wochenschrift*, tome IX, n° 24, 14 Juin 1930). — La dyspnée cardiaque a été longtemps attribuée à une stase transitoire des poumons. Mais cette théorie n'est pas satisfaisante à cause de la manière souvent brusque dont les crises de dyspnée disparaissent. Une insuffisance de l'irrigation du centre respiratoire est plus vraisemblable. Mais il paraît indispensable de faire intervenir dans ces crises paroxystiques (asthme cardiaque) des phénomènes cardio-bulbaires en relation, non pas avec des phénomènes hémodynamiques, mais avec l'innervation du cœur. Cette conception, pour W., a été mise en évidence par la découverte du réflexe carotidien de Hering. En effet, W. est arrivé à rouper les accès d'œdème pulmonaire d'origine cardiaque en comprimant la carotide.

Cette manière de faire a été appliquée dans toutes les crises de dyspnée cardiaque et a donné des résultats surtout lorsque des crises spontanées s'ajoutaient à une dyspnée de stase qui, ainsi, se montraient parfois compliquées par des phénomènes d'ordre réflexe.

L'asthme cardiaque repose, lui aussi, vraisemblablement sur un réflexe qui peut être coupé par la compression de la carotide comme l'auteur le montre par une observation très typique dans laquelle il y avait cependant stase pulmonaire chronique mise en évidence par la radiographie.

Dans l'asthme bronchique également, des résultats sont obtenus avec ce procédé. Sur 7 cas, la compression de la carotide a eu un effet remarquable 5 fois, non seulement en provoquant une amélioration subjective, mais encore en faisant disparaître la cyanose, en facilitant la respiration et en ramenant le thorax à sa position normale.

Les effets de cette compression doivent être dus à une action sur le vague. W. pense, d'ailleurs, que dans l'asthme, le sympathique et le parasympathique ont tous deux un tonus exagéré, de sorte qu'il faut arriver à cette conclusion assez paradoxale, que, dans l'asthme, en augmentant le tonus du vague et théoriquement le spasme bronchique, on diminue les symptômes.

Dans l'angine de poitrine, W. interprète les phénomènes de la même manière. Il pense que la pression carotidienne a un effet vagotonique et dépresseur analogue à celui des nitrites.

Dans les formes de dyspnée cardiaque paroxystiques, il y aurait probablement lieu d'admettre l'existence de 3 ordres de phénomènes — vasculaire, broncho-spastique et sécréteur — entre lesquels il existe un lien étroit mis en évidence, suivant W., surtout par l'École française avec Vaquez et Lian. Ces notions sont confirmées par une observation de l'auteur dans laquelle, au cours d'une sténose mitrale, il est survenu un accès favorablement modifié par compression de la carotide et accompagné d'une forte éosinophilie, bien que ce malade n'ait jamais eu jusqu'alors d'asthme bronchique. D'ailleurs, bien des cas d'asthme cardiaque ou rénal relèvent, selon Poulton, d'un spasme bronchique.

La compression de la carotide fait disparaître complètement, quand elle réussit bien, la sensation de poids intrathoracique. Cette compression est souvent gênée par la tension des muscles inspirateurs et il est nécessaire, pour y arriver, de demander aux malades de cesser de respirer un instant. En pareil cas, la pression du globe oculaire pourrait peut-être donner des résultats. Néanmoins, il est certain nombre de malades chez qui cette compression ne donne rien, sans qu'on puisse s'expliquer le fait. P.-E. MORHARDT.

Grüneberg. ***Thérapeutique de l'encéphalite vaccinale*** (*Klinische Wochenschrift*, tome IX, n° 24, 14 Juin 1930). — G. donne les observations de 2 malades atteints d'encéphalite vaccinale : l'un de 12 ans, revacciné 12 jours après une première vaccination sans résultat, arrive à l'hôpital avec le sensorium très troublé et de la faiblesse de la jambe gauche; l'autre, une fillette de 20 mois, est complètement obnubilée avec irrégularité du pouls, respiration profonde, et parésie du facial. Chez ces deux enfants, l'état était vraiment sévère, et la guérison complète a été obtenue par la méthode de Hekman.

Cette méthode consiste à injecter du sérum de personnes récemment vaccinées. Elle a donné, entre les mains de Hekman, 8 guérisons sur 11 cas, bien que la maladie donne lieu, en Hollande, à une mortalité de 30 pour 100; les guérisons comportant, d'ailleurs, des séquelles graves.

P.-E. MORHARDT.

H. Heller et A. Schwarz. ***Rapports quantitatifs entre l'élimination extra-rénale d'eau et le métabolisme énergétique*** (*Klinische Wochenschrift*, tome IX, n° 25, 21 Juin 1930). — La régulation thermique se fait par radiations, et aussi par évaporation d'eau, ce qui complète ce que la radiation ou la conduction ont d'insuffisant dans certaines circonstances. On peut donc rechercher quelles relations existent entre l'élimination d'eau extra-rénale et l'élimination de calorique. Bénédict et Root ont montré que le métabolisme est une fonction linéaire de la perte de poids par évaporation d'eau, fonction qui s'exprime par l'équation suivante :

$$y = 3{,}2\,x - 14{,}8$$

Dans cette équation, y représente le nombre de grammes perdus, et x le nombre de calories.

Pour ce genre de recherches, la balance joue un rôle important. Sa sensibilité détermine le temps pendant lequel l'épreuve doit être faite. Avec une balance exacte à 10 gr. près, l'épreuve doit s'étendre sur une dizaine d'heures. L'auteur a adopté la période de sommeil pendant la nuit, précédée ou non de jeûne.

Au cours de 230 mesures, le métabolisme trouvé a été conforme à la formule de Benedict et Root dans les 2/3 des cas. Dans le 1/3 restant, les pertes de poids ont été plus élevées à cause du repas qui avait précédé, ou à cause des mouvements exécutés pendant le sommeil. Dans 1,3 pour 100 des cas seulement, le métabolisme a été nettement inférieur. Dans le groupe dont le dernier repas avant l'épreuve avait été réduit, la proportion des résultats exacts a été de 81 pour 100.

Étant donné la simplicité des instruments qu'exige cette méthode, on doit considérer ces résultats comme tout à fait satisfaisants, d'autant plus, qu'en clinique, il s'agit souvent d'éliminer simplement une augmentation du métabolisme.

Chez les individus examinés au cours d'une période de repas succédant au jeûne, l'élimination extra-rénale d'eau et le métabolisme se sont montrés fonction l'un de l'autre d'une façon remarquable. Cependant, une augmentation de 100 calories pour 24 heures n'a provoqué qu'une perte de 1,4 gr., alors que, selon Benedict et Root, cette perte devrait être de 3,2 gr. Mais la méthode des pesées doit donner des résultats plus conformes à la réalité, de sorte que les chiffres obtenus ont une signification importante.

L'auteur a divisé ses recherches en deux groupes dont l'un comporte les cas où les échanges ont été inférieurs et l'autre ceux où ils ont été supérieurs à 4 000 calories par jour. Au-dessous de 4.000 calories, la courbe pour le métabolisme a été semblable et linéaire dans tous les cas. Mais au-dessus de 4.000 calories, cette courbe s'incurve rapidement : les pertes d'eau passent de 1,4 à 2,1 et à 4,6 pour 100 calories, de sorte que la perte de poids finit par être 3 fois plus grande que pour le métabolisme de base. La raison en est que, les pertes de caloriques par radiation et par conduction ne représentent une proportion importante qu'au-dessous de 4.000 calories. Au-dessus, leur action cesse de se faire sentir, parce que la température de la peau ne peut pas s'élever indéfiniment. La limite théorique est représentée par une perte de 6,9 gr. d'eau pour 100 calories quand l'évaporation d'eau élimine à elle seule toutes les calories. Cette limite théorique n'a pu être constatée sans doute à cause d'une insuffisance de la méthode.

P.-E. MORHARDT.

E. Meulengracht et A. Hecht-Johansen. ***Traitement de l'anémie pernicieuse avec l'estomac, et avec des extraits d'estomac*** (*Klinische Wochenschrift*, tome IX, n° 25, 21 Juin 1930) — Les auteurs ont fait préparer des estomacs d'après la méthode de Sturgis et Isaacs, et ils les ont administrés à 4 malades atteints d'anémie pernicieuse, à la dose de 30 gr., représentant environ 200 gr. de tissus frais, qu'ils donnent mêlés à un peu de sirop de framboise et d'eau froide. Dans ces 4 cas, l'action a été la même qu'avec l'hépatothérapie, bien qu'il n'ait été donné que 130 à 150 gr. d'organes frais.

Pour réduire le volume de la poudre administrée, M. et H. J. ont fait préparer un extrait d'estomac par la méthode utilisée pour le foie, et ils ont obtenu une poudre brune dont 2 ou 3 gr. représentent 100 gr d'organes frais. Cet extrait ne semble pas être actif.

En somme, les auteurs confirment ce qui a été publié au sujet de l'action de l'estomac dans l'anémie pernicieuse, et ils pensent que l'absence d'activité de l'extrait montre que le principe actif n'est pas préformé, mais libéré lorsque la poudre arrive dans le tube digestif. Ainsi sont confirmées les recherches de Castles, selon lequel le principe actif est formé au moment où le suc digestif agit sur la viande.

P.-E. Morhardt.

Ben Kuré et Shigeo Okinaka. ***Traitement de la dystrophie musculaire progressive par les injections combinées d'adrénaline et de pilocarpine*** (*Klinische Wochenschrift*, tome IX, n° 25, 21 Juin 1930). — La dystrophie musculaire progressive est, selon des recherches antérieures de Kuré, due à un trouble de l'innervation autonome et, par des injections d'adrénaline, on augmente très notablement la force musculaire, et on fait reparaître le réflexe patellaire ou on améliore la marche pour un temps qui dépasse de beaucoup la durée de la cure.

Tsuji a ultérieurement montré que l'action de la pilocarpine est analogue à celle de l'adrénaline, celle-ci retardant l'apparition de la fatigue aussi bien sur les muscles normaux que sur les muscles dystrophiques, tandis que la pilocarpine agit plus efficacement sur le muscle dystrophique.

Ces constatations ont été confirmées également par Stscherbak qui attribue les effets de cette médication à une action sur les glandes endocrines.

La méthode employée par K. et O. a consisté en injections de 0,2 à 0,3 cmc d'une solution d'adrénaline à 1 pour 1000, et 0,1 à 0,2 cmc d'une solution à 1 p. 100 de pilocarpine. Ces injections ont souvent provoqué une légère tachycardie, ou des palpitations désagréables Elles étaient répétées tous les 2 jours, et poursuivies parfois jusqu'à la 120°.

Cette thérapeutique, appliquée à 12 malades, a provoqué une augmentation des forces des muscles dystrophiques qui persistait généralement pendant 12 heures, puis qui finissait par être durable vers la 15° ou la 30° injection. Après la 50° ou la 60°, on a constaté que l'amélioration pouvait persister pendant plusieurs mois. Dans 2 cas, le résultat a été éclatant. Chez 6 malades, il y a eu une amélioration manifeste à l'ergographe. Au total, les résultats ont été d'autant meilleurs que la maladie était prise plus au début et comportait moins de complications. Pour K. et O., cette thérapeutique ne guérit pas la maladie, mais l'empêche de progresser. Ces cures d'adrénaline et de pilocarpine peuvent être renouvelées.

P.-E. Morhardt.

A. Gottschalk et O. Müller. ***Troubles fonctionnels du rein dans le coma diabétique*** (*Klinische Wochenschrift*, tome IX, n° 26, 28 Juin 1930). On a souvent décrit des troubles circulatoires survenant après la crise de coma chez les diabétiques et entraînant parfois la mort. Des insuffisances rénales s'observent aussi, selon G. et M., et ce phénomène n'a pas encore été étudié autant qu'il le mériterait. Chez une femme de 57 ans, qui n'a pas voulu soigner son diabète, ils ont observé une crise de coma diabétique qui, après 120 unités d'insuline, parut céder. Mais alors des phénomènes, attribuables à une insuffisance du rein, se manifestèrent (144 milligr. d'azote restant pour 100 cmc de sang, 0.320 milligr. d'indican, etc.). Ces phénomènes entraînèrent rapidement la mort. A l'autopsie, on trouva l'épithelium des tubes contournés atteint de tuméfaction trouble marquée. avec peu de phénomènes dégénératifs.

D'autres observations du même genre ont été publiées (Merklen, Wolf et Bicart, Imrie et Skinner, Pétrén, Weiss, etc). Hedon a vu un chien rendu diabétique par ablation du pancréas mourir d'urémie. Dans le cas de G. et M, l'indicanémie témoigne d'une insuffisance du rein en ce qui concerne l'élimination des produits azotés, mais non d'une destruction exagérée d'albumines. Il doit s'agir, par conséquent, d'une fatigue organique provoquée par le travail exceptionnel auquel, chez les diabétiques, le rein est soumis, soit pour éliminer le sucre et l'eau, soit pour oxyder les corps cétoniques, etc.

Il ne s'agit cependant pas d'urémie véritable, car l'azote restant n'atteint que rarement les valeurs pour lesquelles les phénomènes d'urémie apparaissent. Le système circulatoire doit donc intervenir Dans un autre cas, les auteurs ont vu, chez une diabétique de 72 ans, la mort survenir après guérison du coma, alors que les phénomènes circulatoires occupaient le premier plan. bien que l'insuffisance du rein ait été cependant manifeste (azote restant : 80 milligr.).

P.-E Morhardt

Gabor von Berencsky ***Étude sur la question du calcium et des parathyroïdes*** (*Klinische Wochenschrift*, tome IX, n° 26, 28 Juin 1930). — L'action des parathyroïdes sur le calcium du sang fait l'objet de nombreuses discussions, ce qui a amené B. à procéder à des recherches précises sur 50 individus. Le calcium a été dosé par la méthode Kramer-Tisdall de même que le potassium. Pour le potassium, la solution de permanganate avait été préalablement titrée avec l'oxalate de sodium.

En moyenne, le calcium du sérum a atteint 11 milligr. pour 100 gr. De ce calcium 35 a 45 pour 100 sont combinés à l'albumine.

L'administration de l'hormone parathyroïdienne de Collip détermine une augmentation du calcium qui, au bout de 16 heures, s'élève à 1 ou 1,5 et souvent 2 milligr. pour 100. Cette augmentation est précédée, dans les deux premières heures, par une diminution qui ne dépasse jamais 1 milligr. p. 100 Le taux initial du calcium est atteint de nouveau au bout de 36 à 48 heures. Ces effets sont obtenus avec une unité d'hormone par kilogramme et constituent ce que B. appelle la réaction parathyrogène

Cette réaction atteint 1,5 à 3 milligr, pour 100 dans la maladie de Basedow et dans les hyperthyréoses de même que dans la tétanie et dans d'autres affections où le taux du calcium est faible (urticaire, asthme) Il semble donc que la thyroxine sensibilise l'organisme à l'égard des parathyroïdes.

L'injection intraveineuse de calcium provoque d'abord au bout de 5 minutes une augmentation du calcium du sang de 2 milligr. pour 100, avec retour à la normale en 3 heures. Les recherches de Hetényi sont donc confirmées sur ce point par B. Le rapport K : Ca est assez fixe. Il ne varie que de 1,5 à 2. Il est augmenté dans l'urémie hypocalcémique et abaissé dans le Basedow. L'injection intraveineuse de calcium ou l'injection d'hormone parathyroïdienne augmente le calcium et, à un moindre degré, le potassium, de sorte que le rapport devient plus petit. Ce rapport s'élève davantage après injection de calcium et redevient plus vite normal qu'après injection d'hormone parathyroïdienne.

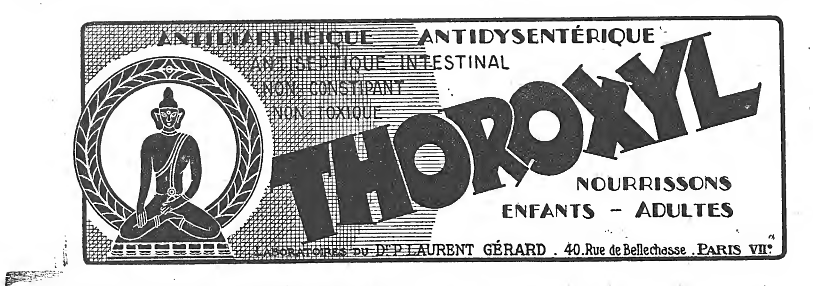
Le calcium a une action amphotrope : d'abord ralentissement des battements du cœur, abaissement de la pression du sang phénomènes qui disparaissent au bout de 5 à 10 minutes. Il y a donc excitation passagère du vague à laquelle succède une excitation durable du sympathique. L'hormone parathyroïdienne provoque une diminution de l'azote restant du sang. Chez un néphritique soumis à un régime constant, l'azote restant a passé de 80 à 63 milligr. sous l'influence de 50 unités par jour d'hormone para-thyroïdienne, substance qui doit vraisemblablement posseder la propriété de diminuer la désintégration des albumines. A cette action fait d'ailleurs bientôt place une action contraire, car l'azote restant ne tarde pas à augmenter, de sorte que l'utilisation thérapeutique de cette propriété ne semble pas possible.

L'hypercalcémie s'accompagne d'anorexie, de vomissements, d'insomnie, de coma et de troubles circulatoires quand le taux du calcium atteint 20 milligr. pour 100 cmc. En même temps, le phosphore inorganique, l'azote restant et l'urée du sang augmentent de même que la viscosité et il apparaît une acidose accompagnée d'anurie L'hypocalcémie s'observe dans la tétanie et dans l'hyperpnée. La tétanie s'accompagne également d'une alcalinisation du sang et on l'attribue soit à une augmentation de l'excitabilité des nerfs et des muscles par diminution du calcium, soit à une augmentation de la guanidine aux dépens de la créatine. D'après B., la tétanie doit être considerée comme une auto-intoxication et à l'arrivée dans le sang de guanidine et d'autres amines par suite de l'insuffisance fonctionnelle des parathyroïdes qui rend l'épithélium intestinal plus perméable pour ces poisons.

Le taux de 11 milligr. de Ca pour 100 cmc correspond à 20 ou 22 milligr. de potassium ; il a été trouvé diminué dans l'asthme, l'anémie, le rhume des foins, l'urticaire, la diathèse exsudative l'insuffisance circulatoire, l'ostéomalacie, l'ictère, l'hypertension essentielle, les névroses l'épilepsie, la période d'infiltration de la pneumonie certaines dermatoses Mais cette diminution n'atteint jamais 1 milligr. pour 100 cmc L'hypercalcémie a été observée dans la maladie de Basedow, le diabète, la période de guérison de la pneumonie, certains cas d'asthme, sous l'influence de doses excessives de parathyroïde ou d'ergostérine irradiée, du climat d'altitude, du repos prolongé au lit, dans l'ascite, pendant les règles, etc.

Le traitement par le calcium peut être pratiqué dans les diverses maladies hypocalcémiques et notamment dans la tétanie. Mais l'administration d'hormones parathyroïdiennes provoque une amélioration plus durable. Les succès ne sont pas constants. L'administration d'hormones est particulièrement indiquée dans la tendance à la pseudarthrose et dans l'intoxication saturnine parce que le plomb en dépôt dans les os est mobilisé par cette hormone.

P.-E. Morhardt.



MALT BARLEY

BIÈRE de SANTÉ, non alcoolisée
Tonique, digestive

Se consomme comme boisson ordinaire

Maladies de l'estomac — Intestin — Anémie
Convalescence
Maigreur — Suralimentation des nourrices

MALTASE FANTA

Extrait sec de malt préparé à froid
et dans le vide.

Doses : *3 à 6 cuillerées à C. pro die*

DYSPEPSIES — ALIMENTATION INFANTILE
SURALIMENTATION DES MALADES
GALACTOGÈNE

BIÈRE SPÉCIALE POUR NOURRICES

BRASSERIE FANTA

77, route d'Orléans, MONTROUGE (Seine)
Téléphone : MONTROUGE 13, VAUGIRARD 16-39

MAGNESIUM HARDY

SIROP



Les seules préparations pratiques et agréables

CHLORURE DE MAGNESIUM

ÉCHANTILLONS SUR DEMANDE — 98 ET 100 RUE MONTMARTRE PARIS

LARYNGITES - TRACHÉITES - COQUELUCHES

GOUTTES - DRAGÉES

GLOTTYL

à base d'Erysimum, Euphorbia pilulifera, Coca, etc.

Lres DENIS. 85 bis, rue du Ranelagh, PARIS (16e). Tél. : Auteuil 13-89

ANTISEPSIE INTESTINALE

par le
Phosphate de β Trinaphtyle

Entéroseptyl

DOSE :
3 à 6 Comprimés par jour.

NE SE DÉCOMPOSE QUE DANS L'INTESTIN

Echantillons sur demande — Laboratoire CLÉRAMBOURG, *Fondé en 1598*, 4, Rue Tarbé, PARIS

I. — Traitement de l'emphysème pulmonaire

L'emphysème constitutionnel généralisé, *décrit par Laennec, est une affection rare ; beaucoup plus souvent se rencontre l'emphysème* localisé, *associé à l'asthme ou à une sclérose pulmonaire presque toujours tuberculeuse, quelquefois syphilitique, ou à un état bronchitique ou aux gaz de combat ou à une rhino-pharyngite chronique.*

On ne confondra pas la dyspnée de l'emphysémateux avec celle de l'obèse au cœur gras insuffisant, de l'aérophage et du ptosique à cinématique diaphragmatique réduite, du portcur de thorax rigide et dilaté par ankylose costo-vertébrale ou ossification des cartilages costaux.

Le syndrome emphysème est rarement isolé ; le plus souvent il est l'aboutissement de facteurs variés, d'où nécessité pour établir un traitement rationnel de déterminer chez chaque malade la part des divers facteurs en cause : thoracique, pulmonaire, bronchique, rhino-pharyngé, diaphragmatique et cardiaque, notion bien mise en lumière par Bezançon qui, avec ses collaborateurs, s'est efforcé de procéder au « démembrement de l'emphysème ».

Traitement médicamenteux

Il y a un traitement de fond classique qui convient surtout aux *emphysémateux généralisés constitutionnels*, c'est la médication iodurée.

Iodure de potassium	10 gr.
Sirop d'écorce d'oranges amères	50 cmc
Eau distillée	Q. s. p. 100 cmc

Une cuillerée à soupe chaque matin, vingt jours chaque mois.

Mais le plus souvent la thérapeutique doit être symptomatique et s'adresser au facteur prédominant, cause de la dyspnée :

Contre l'*asthme*, on associera comme traitement de base à l'iodure la médication arsenicale :

Iodure de potassium	10 gr.
Arséniate de soude	dix centigr.
Eau	Q. s. p. 300 cmc

Une cuillerée à soupe chaque matin, vingt jours chaque mois.

Si l'accès est léger, on usera de la poudre composée suivante :

Nitrate de potasse	6 gr.
Poudre de feuille de datura	àà 10 gr.
— belladone	
— jusquiame	

Brûler sur une assiette une cuillerée à café de cette poudre et aspirer profondément la fumée en avalant sa salive.

S'il s'agit d'une grande crise et si le malade n'est ni aortique ni hypertendu :

Adrénaline . . . . Demi-milligr.
En une ampoule de un cmc d'eau distillée, n° 12.

pour injection sous-cutanée, renouvelée au besoin deux fois en vingt-quatre heures.

Ou mieux :

Sérum antiasthmatique de Heckel en ampoules de 5 cmc

pour injecter sous la peau à la dose d'une demi-ampoule à une ampoule au moment de la crise.

Contre la *toux* :

Sirop de codéine pur . . . . 150 cmc

de 4 à 6 cuillerées à café par vingt-quatre heures, de préférence le soir et la nuit.

Contre la *bronchite* :

Teinture de racines d'aconit	XX gouttes
Benzoate de soude	2 gr.
Sirop de laurier-cerise	15 gr.
Sirop de tolu	20 gr.
Eau	Q. s. p. 120 gr.

A prendre par cuillerée à soupe en 24 heures.

Chez les bronchitiques, on respectera les dermatoses cutanées, en particulier l'eczéma, dont ils peuvent être atteints.

G. Poix.

II. — Traitement de l'emphysème pulmonaire

(Traitement) **EMPHYSÈME PULMONAIRE**

Traitement médicamenteux (suite).

Contre l'*insuffisance cardiaque* :

Ventouses scarifiées ou saignée en cas de cyanose.

Repos au lit avec restriction alimentaire (un litre et demi de lait par vingt-quatre heures avec prises espacées toutes les quatre heures).

Solution de digitaline au millième (Cod.) un flacon.

V gouttes matin et soir les trois premiers jours de la semaine

et Théobromine . . . . 0 gr. 50
Pour un cachet, n° 12.

Un cachet matin et soir les trois derniers jours de la semaine.

Ou bien :

Poudre de scille	àà 0 gr. 05
— scammonée	
— digitale	

Pour une pilule, n° 12.

Trois à quatre chaque jour pendant trois jours.

Traitement hygiéno-diététique

Séjourner de préférence dans un climat doux, tempéré, peu humide et de faible altitude, comme la Provence, et le pays basque.

Eviter les variations brusques de la température, le froid aux pieds, le vent, les brouillards et les poussières.

Proscrire les occupations professionnelles nécessitant un effort physique.

Prendre chaque matin une douche chaude sur le thorax, suivie d'une friction alcoolisée.

Le régime alimentaire variera suivant les cas : aux *tuberculeux* conviendra une alimentation substantielle plutôt qu'abondante, aux *emphysémateux constitutionnels*, un régime modéré et peu riche, avec petits repas, régulièrement espacés, et aux *bronchitiques* un régime à prédominance lacto-végétarienne et déchlorurée.

Traitement physiothérapique

Il est contre-indiqué chez les *tuberculeux* et les *cardiaques*.

A la pneumothérapie, qui consiste essentiellement dans l'application de bains d'air comprimé, on préférera la gymnastique respiratoire, soit à l'aide du spiromètre Pescher, soit en pratiquant matin et soir les mouvements de « la vis » (Lagrange) qui consistent en torsion passive imprimée au rachis autour du thorax vertical, alternativement de gauche à droite et de droite à gauche.

Traitement hydro-minéral

Il est contre-indiqué chez les tuberculeux à forme emphysémateuse.

Aux *emphysémateux jeunes* à cœur suffisant on conseillera le Mont-Dore.

Aux *bronchitiques*, à cœur légèrement insuffisant, convient Saint-Honoré.

L'*emphysémateux* présentant des lésions *rhinopharyngées* se trouvera bien d'Allevard et de Cauterets, et l'*emphysémateux obèse* de Brides.

Traitement chirurgical

Il a été conseillé en application de la théorie de Freund sur l'origine squelettique de l'emphysème (ankylose des articulations costo-vertébrales et ossification des cartilages costaux) et consiste en la résection partielle de un ou plusieurs cartilages costaux. Il n'est indiqué qu'en cas de *rigidité thoracique* constituant le facteur principal de la dyspnée et même dans ce cas le résultat est toujours incertain et souvent éphémère.

G. Poix.

REVUE DES JOURNAUX

ANNALES DE MÉDECINE
(Paris)

Ed. Joltrain, L. de Gennes et O'Brien. *L'hémoclasie et l'effort musculaire : urticaire à la fatigue* (*Annales de Médecine*, tome XXVIII, nº 1, Juin 1930). — J., de G. et O'B. relatent une série de cas où l'origine même de l'urticaire paraît bien provenir de la fatigue et de l'effort et traduit la présence dans la circulation générale d'un certain nombre de substances agissant à la manière d'antigènes. Ils rappellent que les physiologistes, en particulier Weichardt, ont isolé certaines substances albuminoïdes, les « kénotoxines », qui résultent de l'effort musculaire, et ils discutent divers facteurs pathogéniques possibles.

Dans l'état actuel de la question, il semble bien qu'il faille admettre que l'organisme, sous certaines influences et principalement le déséquilibre endocrino-sympathique, est capable de se sensibiliser aux produits de la fatigue, si bien que la moindre présence dans l'organisme est susceptible de déclancher immédiatement un choc colloïdoclasique ou ses manifestations cliniques consécutives.

L'urticaire à la fatigue est un exemple typique d'auto-colloïdoclasie. On peut, par une thérapeutique désensibilisante ou, si l'on aime mieux, par la méthode des modifications humorales, modifier le terrain et empêcher les accidents. Weichardt a préparé dans ce but une anti-kénotoxine.

L. Rivet.

A. Rouquier et P. Blanc. *La flexion combinée de la cuisse et du tronc ; sa valeur séméiologique* (*Annales de Médecine*, tome XXVIII, nº 1, Juin 1930) On connaît l'importance de ce signe décrit par Babinski en 1897. Chez le sujet normal, il s'agit d'un phénomène inconstant, sans importance. Chez les malades atteints d'hémiplégie spasmodique, la flexion combinée de la cuisse et du tronc doit être considérée comme une syncinésie de coordination du corps et des membres. Les mouvements conjugués deviennent plus apparents dans les affections pyramidales parce que la contracture permanente, augmentant la tension des muscles, empêche le relâchement des antagonistes.

La flexion combinée de la cuisse et du tronc ne se rencontre que chez les malades atteints d'hémiplégie pyramidale spasmodique avec contraction accentuée. Elle n'est pas un signe pathognomonique d'une lésion intéressant la voie motrice principale, la seule dont la séméiologie ait été, à l'heure actuelle, bien étudiée. Elle manque chez de très nombreux sujets parkinsoniens, wilsoniens, extrapyramidaux, présentant des syndromes moteurs hémiplégiques dont l'origine pithiatique ne peut plus, en l'état actuel de nos connaissances, être envisagée. Il est entendu, d'autre part, qu'il n'y a pas de flexion combinée de la cuisse et du tronc chez des sujets ne présentant ni exagération unilatérale des réflexes tendineux, ni signes pyramidaux proprement dits, qui simulent grossièrement une hemiplégie flasque ou avec contracture, car R. et B. n'ont pas eu un seul instant l'intention de soutenir qu'il n'existe pas des hémiplégies d'origine pithiatique ou hystérique. Ils ont voulu simplement démontrer qu'il ne fallait pas se baser sur l'absence de signes pyramidaux, de flexion combinée de la cuisse et du tronc ou du signe du peaucier du cou, pour qualifier de pithiatiques des malades atteints de troubles moteurs à topographie hémiplégique et les traiter comme on doit traiter les pithiatiques qui, du point de vue social ou militaire, ne sont pas plus dignes d'intérêt que de simples simulateurs.

L. Rivet.

JOURNAL DE PHYSIOLOGIE ET DE PATHOLOGIE GÉNÉRALES
(Paris)

D. Danielopolu et G.-G. Proca. *Action du réflexe carotidien sur la respiration périodique et sur l'apnée provoquées par les anesthésiques* (*Journal de Physiologie et de Pathologie générales*, tome XXXVIII, nº 1, Mars 1930). — D. et P. ont montré que l'excitation du sinus carotidien modifie le rythme et l'amplitude des mouvements respiratoires; ils désignent cette action sous le nom de *réflexe carotidien*.

Au cours d'une intervention portant, chez l'homme, sur la région cervicale, et pratiquée sous anesthésie au chroroforme, il se produisit un arrêt respiratoire. Le sinus se trouvant à découvert, l'opérateur, Savesco, le comprima, et, aussitôt, la respiration reprit, régulière et ample, et l'opération put être terminée facilement.

Des recherches entreprises par les auteurs sur l'animal anesthésié au somnifène ou à la morphine, on peut conclure que l'excitation du sinus carotidien ramène immédiatement les mouvements respiratoires dans l'apnée provoquée par ces substances.

Les auteurs ont montré, dans un travail antérieur, que l'excitation du sinus carotidien peut être pratiquée à travers la peau intacte et que cette méthode donne, dans les accidents anesthésiques, des résultats infiniment plus rapides et plus constants que la respiration artificielle et que la traction rythmée de la langue.

G. Picot.

ARCHIVES des MALADIES DE L'APPAREIL DIGESTIF ET DE LA NUTRITION
(Paris)

P. Oury, P. Godard et V. Nichita. *La douleur gastrique chez les dyspeptiques fonctionnels* (*Archives des maladies de l'Appareil digestif et des maladies de la Nutrition*, tome XX, nº 6, Juin 1930). — Ce travail est basé sur l'étude d'une soixantaine d'observations recueillies dans le service de Bensaude et classées en 4 groupes : hyperchlorhydrie, 1er groupe (cinèse et tonicité normales ou exagérées); hyperchlorhydrie, 2e groupe (hypotonie et hypocinésie); hypo- ou anachlorhydrie et hypercinésie avec orthotonie; ptose simple hypocinétique.

La division des douleurs gastriques en brûlures, crampes, tiraillements et pesanteurs ne correspond à aucun type clinique précis. Si, en règle générale, la brûlure correspond à l'hyperchlorhydrie et la pesanteur à la ptose, ceci est loin d'être toujours exact, et il est d'ailleurs bien difficile de faire préciser au malade, sans le suggestionner, le type principal de sa douleur. Le type de la douleur sert tout au plus à orienter les recherches. Il n'y a aucun parallélisme entre la forme et le fonctionnement de l'estomac; il n'y en a pas non plus entre ces deux facteurs réunis et les douleurs que les malades accusent. Ceux qui ne varient pas, ceux dont l'unicité des plaintes est franche, sont précisement ceux qui ont des lésions organiques et auxquels ne s'applique pas le diagnostic des troubles fonctionnels.

L'étiologie soignée de la maladie et le rythme de ses paroxysmes, le genre de vie et d'alimentation des malades, les reactions neurovégétatives de chaque sujet sont, dans l'interrogatoire, plus importants à préciser que le type d'une douleur gastrique.

Il paraît impossible de continuer à parler d'hypo- et d'hypersthénie lorsqu'on décrit des dyspepsies et qu'on a fait subir aux malades tous les examens cliniques, chimiques et radiologiques nécessaires, car, si l'on va au fond des choses, on voit que ces mots trop précis ne correspondent plus à rien.

Les phénomènes d'antipéristaltisme et la régurgitation du duodénum jouent un rôle de premier plan dans l'établissement de la composition chimique des sucs gastriques examinés et des troubles statiques et dynamiques divers. C'est la régurgitation pylorique qui peut faire varier du tout au tout le chimisme gastrique suivant les heures et les jours, et c'est l'antipéristaltisme qui créera des dysfonctions notoires de l'estomac, ces mécanismes anormaux étant sous la dépendance des troubles de l'innervation sensitive ou motrice.

Les ptosiques simples avec hypotonie et hypoacidité ont été rencontrés rarement : vraisemblablement ces sujets ne souffrent-ils guère de troubles d'estomac ou de douleurs d'estomac que si leur ptose se complique de troubles secondaires, tels que, par exemple, l'hyperacidité. Les ptosiques simples se plaignent surtout, en dehors de la sphère digestive, de troubles bien faits pour égarer le médecin : neurasthénie, migraines, colites, dysménorrhée, instabilité cardiaque, etc., troubles rentrant dans le grand groupe des asthénies neuro-endocriniennes.

Les douloureux sont surtout des hyperchlorhydriques se plaignant de brûlures, mais ceci est inconstant. Aussi est-ce à la radiologie et au chimisme qu'il faut recourir pour expliquer la douleur ressentie, en décomposer les éléments et en interpréter les caractères.

L. Rivet.

J. Turriès (Marseille). *La cœlialgie syphilitique* (*Archives des maladies de l'Appareil digestif et des maladies de la Nutrition*, tome XX, nº 6, Juin 1930). — T. a été frappé de la fréquence avec laquelle on peut justement rattacher à une étiologie syphilitique l'existence de crises plus ou moins intenses de solairalgie, en dehors de tout élément viscéral ou neurologique, tabes notamment. Il s'agit de douleurs épigastriques habituellement sans irradiations notables, sauf parfois vers la région vertébrale ; parfois c'est une douleur véritablement xiphoïdienne, très localisée même à la pression. La douleur évolue de façon, non pas périodique, mais alternante, ondulante; des exacerbations et des accalmies apparaissant, à intervalles irréguliers, sur un fond estompé de malaise épigastrique. La douleur se manifeste à n'importe quel moment, sans influence apparente de l'alimentation, avec un rythme capricieux, variable selon les malades. Ni vomissements, ni hématémèses, ni nausées; parfois de la sialorrhée et une certaine constipation. La douleur est réveillée par la pression même légère du point solaire, et la main reconnaît une aorte souple, mais battante et tout entière sensible au palper. La radiologie précise le siège de la douleur; le chimisme décèle assez souvent une hyperchlorhydrie modérée sans hypersécrétion, sans acides de fermentation, sans présence de sang.

De tels malades donnent naissance à de nombreuses erreurs de diagnostic entraînant des thérapeutiques regrettables. Leur étude complète permet de mettre en évidence des manifestations d'infection syphilitique et des manifestations de dystonie végétative, avec épreuve à l'adrénaline le plus souvent positive; l'infection syphilitique est le plus souvent latente ou camouflée. Son rôle sera démontré par l'inefficacité des thérapeutiques digestives habituelles contrastant avec les résultats


EN
INJECTIONS
SOUS-CUTANÉES
VÉRITABLEMENT
INDOLORES
l'ACÉTYLARSAN
RÉUNIT LES
CONDITIONS
REQUISES
PAR LES
DIFFÉRENTES
MODALITÉS DU
TRAITEMENT
ANTISYPHILITIQUE
TRAITEMENT
D'ASSAUT
TRAITEMENT
D'ENTRETIEN
TRAITEMENT
D'ÉPREUVE
HEREDO-SYPHILIS
SOCIÉTÉ PARISIENNE d'EXPANSION CHIMIQUE
Specia
MARQUES POULENC Frères & "USINES du RHONE"
86, rue Vieille du Temple, PARIS, 3e

très nets du traitement spécifique. Le substratum anatomique est inconnu, mais ces manifestations ont bien des points communs avec les gastro-radiculites de Bouchut et Lamy, et font songer aussi à de la périaortite. Sans préjuger de la lésion, le terme de cœlialgie syphilitique indique à la fois l'élément clinique principal et la donnée étiologique essentielle. L. Rivet.

A. da Silva-Mello (Rio de Janeiro). *La douleur xiphoïdienne et sa valeur diagnostique* (*Archives des maladies de l'Appareil digestif et des maladies de la Nutrition*, tome XX, nº 7, Juillet 1930). — La douleur provoquée par la palpation ou la percussion du xiphoïde est un symptôme important des lésions localisées à la portion supérieure de l'abdomen, et particulièrement des ulcères du duodénum. Ce point douloureux, que l'on rencontre dans un grand nombre de cas, a sur tous les autres points abdominaux l'avantage d'être le plus objectif et celui dont la recherche est le plus aisée.

Il peut servir de base pour l'appréciation de l'évolution de la maladie, et surtout des résultats thérapeutiques. Son intensité présente une évolution parallèle aux améliorations et aux aggravations de l'état du malade, et peut démontrer les bons ou mauvais résultats du traitement prescrit. Sa disparition est des plus variables : il cède parfois rapidement, persiste, en d'autres cas, pendant longtemps pour ne diminuer et ne disparaître qu'après des semaines et parfois des mois de traitement.

Sa localisation est précise, et sa sensibilité est parfois telle que souvent il attire spontanément l'attention du malade et peut constituer un des symptômes les plus importants de la maladie, acquérant ainsi une haute valeur diagnostique et pouvant amener la découverte d'une affection déterminée dont il est parfois l'unique manifestation clinique. L. Rivet.

ARCHIVES MÉDICO-CHIRURGICALES DE L'APPAREIL RESPIRATOIRE

(Paris)

E. Sergent et J. Vibert. *Les images radiologiques simulant le rétrécissement hémithoracique et la surélévation de l'hémidiaphragme par sclérose rétractile et dues à l'atélectasie pulmonaire et à la paralysie du nerf phrénique* (*Archives médico-chirurgicales de l'Appareil respiratoire*, tome V, nº 2, 1930). — A côté des images radiologiques dues à la sclérose rétractile et à la symphyse pleurale, on observe radiologiquement des aspects analogues qui pourraient faire poser ce diagnostic, alors qu'il s'agit d'atélectasie pulmonaire ou de paralysie phrénique.

Les images dues à l'atélectasie pulmonaire peuvent être distinguées de celles de la symphyse. Au point de vue statique (radiographie), dans l'atélectasie, l'affaissement de l'hémithorax est moindre, le déplacement du médiastin est plus régulier, moins sinueux, la déviation de la trachée linéaire et non tortueuse, l'élévation de la coupole diaphragmatique est plus homogène, se fait en bloc, sans feston, ni bride, sans altération de la forme en coupole. Au point de vue cinématique, les différences sont peu appréciables; tout au plus peut-on remarquer que l'hémidiaphragme du côté atélectasié est moins immobilisé.

Les images dues à la paralysie phrénique diffèrent de celles de la symphyse pleuro-diaphragmatique en ce que le diaphragme n'est pas déformé, pas festonné ; l'ombre cardiaque paraît oblique. La cause de l'atteinte du nerf phrénique siège dans le médiastin supérieur et donne, le plus souvent, une image caractéristique. Au point de vue cinématique, l'hémidiaphragme conserve une mobilité passive et l'on peut constater un mouvement de bascul des deux hémidiaphragmes. Ces images se différencient de celles de l'atélectasie, mais, en en fait, ces deux processus sont souvent associés, soit que la paralysie phrénique entraîne l'atélectasie du lobe inférieur, soit que l'atélectasie et la paralysie phrénique relèvent d'une même cause.

L'enquête clinique, associée aux renseignements fournis par l'exploration radiologique, a permis d'isoler certains syndromes : le syndrome phrénico-pupillaire, apanage de la tuberculose du lobe supérieur; le syndrome phrénico-récurrentiel qui appartient au cancer bronchique; le syndrome aéro-gastro-colique dû à la surélévation de l'hémidiaphragme gauche par la distension gazeuse gastro-colique ; enfin, le syndrome pseudo-pleurétique de la paralysie phrénique droite.

Robert Clément.

J. Chaize. *Hémoptysies et conditions météorologiques* (*Archives médico-chirurgicales de l'Appareil respiratoire*, tome V, nº 2, 1930). — Dans les sanatoriums, les accidents hémoptoïques se produisent en série. C. a cherché à mesurer la part des influences individuelles et celle des conditions météorologiques mesurables.

L'état hygrométrique de l'air ne semble pas avoir une grande importance. La grande sécheresse de l'air ne semble pas favorable aux tuberculeux, pas plus, d'ailleurs, que la grande humidité. Durant les périodes les plus humides, les accidents hémoptoïques n'ont pas été particulièrement signalés.

La température ne semble pas déterminer des accidents hémoptoïques.

Les taches solaires, fréquentes en 1928, ne coïncident avec des hémoptysies que dans les cas où, en même temps, s'est produit un changement brusque dans la direction du vent.

Si on note des hémoptysies lorsque la pression barométrique diminue, il y en a au moins aussi fréquemment lorsque la pression augmente ou lorsque le baromètre reste immuablement au même niveau.

L'influence du vent est probable, mais difficile à interpréter. Ce n'est pas le vent du Sud qui est cause des hémoptysies, comme on l'a avancé, puisqu'elles se produisent 12, 24 ou 48 heures avant et puisque le vent n'en produit plus lorsqu'il s'installe pour 1 ou 2 jours.

Certains malades ont des sensations qui leur permettent de prévoir le retour d'une hémoptysie. C'est, en général, un essoufflement, une gêne respiratoire assez désagréables, accompagnés de pulsations cardiaques brusques, sans élévation de la tension artérielle, mais avec un indice oscillométrique plus grand. La température monte de 2/10 à 3/10 à la moindre fatigue.

Les réflexes oculo-cardiaques, chez les malades ayant eu des hémoptysies, sont tous orientés vers la sympathicotonie, et chaque fois l'hémoptysie a coïncidé avec le passage par un maximum de la courbe oculo-cardiaque du malade. Les altérations du réflexe oculo-cardiaque correspondent à une réaction du système neuro-végétatif obligé de s'équilibrer suivant les diverses conditions extérieures, en particulier atmosphériques ou climatiques, dans lesquelles se trouve l'individu. L'approche du vent du Sud ou la chute de la neige produisent des changements importants dans le réflexe oculo-cardiaque des malades qui coïncident avec les hémoptysies.

De ces constatations C. tire des conclusions thérapeutiques; il cherche à rétablir l'équilibre du système neuro-végétatif par l'ergotine, le tartrate d'ergotamine, la guipsine.

Robert Clément.

J. Dechaume. *La granulie pulmonaire syphilitique* (*Archives médico-chirurgicales de l'Appareil respiratoire*, tome V, nº 2, 1930). — A propos de 2 observations où la syphilis de l'appareil respiratoire a pris l'allure clinique et le masque anatomo-pathologique de la granulie pulmonaire tuberculeuse, D passe en revue les syphilis pulmonaires pseudo-granuliques et la granulie pulmonaire syphilitique.

Au point de vue clinique, une jeune fille de 19 ans, toussant depuis longtemps, suspecte de tuberculose, présenta, au cours d'une poussée ultime, le tableau clinique de la tuberculose aiguë à type granulique. Un homme de 40 ans, au long passé pulmonaire, considéré comme tuberculeux, pensionné pour tuberculose pulmonaire fibreuse, mourut après plusieurs hémoptysies au milieu d'un syndrome granulique avec dyspnée impressionnante et cyanose.

Dans ces deux cas, l'autopsie ne montra pas de lésions pulmonaires permettant de penser à la tuberculose ulcéro-caséeuse, pas de cavernes, pas de tubercules. La présence de dilatations bronchiques, avec lésions anarchiques, ici destructives, là en reconstruction épithéliale avec hypergenèse élastique et musculaire, les larges bandes de sclérose dense avec infiltration plasmocytaire, les gommes où l'analyse histologique a permis de reconnaître des vestiges d'architecture tissulaire : intégrité des limitantes élastiques, seuls témoins des vaisseaux oblitérés, sont en faveur de lésions syphilitiques. En outre, entre les gommes et les foyers de sclérose s'est substitué au tissu pulmonaire un tissu conjonctif riche en cellules plasmatiques au sein duquel se voient des cavités régulières ou irrégulières, tapissées d'un épithélium presque partout cubique et qui, par places, prend les caractères d'un épithélium respiratoire de type bronchique. Quelques granulations sont des amas nodulaires de plasmocytes dans les cloisons interalvéolaires, au milieu desquelles on devine parfois quelques cellules cubiques orientées autour d'une lumière, mais la plupart ont la structure des gommes syphilitiques.

La syphilis héréditaire peut être en cause, de même que la syphilis acquise. La syphilis granulique se rencontre sur des poumons atteints de lésions scléro-gommeuses diffuses ou de dilatation bronchique. Elle paraît être l'aboutissement possible d'une longue évolution de la syphilis du poumon.

Le caractère paroxystique de l'asphyxie ne peut s'expliquer par la présence de gommes disséminées dans le parenchyme, mais il existe aussi un état de congestion diffuse avec distension des capillaires et hémorragies intra-alvéolaires qui doit conditionner la dyspnée et la cyanose.

Si l'on admet que les accidents paroxystiques de la granulie syphilitique sont constitués par une poussée diffuse de syphilis pulmonaire, on doit mettre en jeu, sans réserve, le traitement spécifique. Robert Clément.

REVUE DE LA TUBERCULOSE

(Paris)

A. Bernou. *Les théories du pneumothorax électif* (*Revue de la Tuberculose*, 3e série, tome XI, nº 6, Juin 1930). Dans une intéressante étude critique, B. compare les théories récentes de MM. Dumarest et Parodi sur le pneumothorax électif avec les théories présentées antérieurement sur le même sujet. Les causes de la rétractilité pulmonaire sous pneumothorax se montrent, dit-il, beaucoup plus nombreuses que celles envisagées dans les théories du pneumothorax électif présentées jusqu'ici. La théorie de Dumarest, Mollard et Reynaud demeure à ce point de vue très insuffisante et paraît même plus incomplète que celle qui considérait en tout instant et en toute position les rapports de la rétractilité et de l'inertie lésionnelles dans un même lobe, et de leur résultante avec l'élasticité du tissu sain. Le mérite de Parodi sera de nous avoir donné une formule simple, en des termes inhabituels à nos oreilles médicales, qui nous aura

obligé à approfondir nos conceptions du pneumothorax électif. L. Rivet.

P. **Labesse et J.-Ch. Marie.** *De la place que doit tenir l'oléothorax dans la collapsothérapie de la tuberculose pulmonaire* (*Revue de la Tuberculose*, 3e série, tome XI, n° 6, Juin 1930). — L. et M., qui, au cours de ces trois dernières années, ont été amenés à transformer 50 pneumothorax artificiels en oléothorax, déduisent de leurs observations les conclusions suivantes :

Parti de l'idée d'une action désinfectante, en dehors même de la méthode de Forlanini, l'oléothorax introduit de cette façon dans la thérapeutique intrapleurale a été progressivement utilisé au cours du pneumothorax et dans ses accidents d'ordre septique, quelle qu'en soit la cause : perforation ou pleurésie purulente.

Son action mécanique, recherchée par la suite, est la seule qui permette à l'oléothorax de prendre rang comme méthode originale complémentaire de collapsothérapie. A ce titre, sous une forme antisymphysaire ou compressive, il permet de maintenir ou d'améliorer un collapsus qui sans lui aurait été compromis ou abandonné, ou bien qui aurait amené le médecin à conseiller la thoracoplastie.

L'oléothorax constitue une étape intermédiaire avant ce stade ultime de la méthode collapsothérapique qu'il pourra, dans un pourcentage important de cas, soit éviter, soit préparer.

Certes, c'est un procédé de technique délicate, qu'on ne doit pas chercher à substituer aux méthodes chirurgicales lorsque celles-ci sont formellement indiquées; sa place est limitée du fait même de ses indications, mais le phtisiologue qui l'a introduit dans sa thérapeutique ne saurait plus s'en passer aujourd'hui. L. Rivet.

F. **Dumarest et H. Mollard** (Hauteville). *Les tuberculoses aiguës sans localisation apparente* (*Revue de la Tuberculose*, 3e série, tome XI, n° 7, Juillet 1930). — Ce problème gravite autour de trois points : les septicémies bacillaires, le rôle du système lymphatique, le rôle du bacille et de l'ultra-virus.

D et M. relatent d'abord l'observation d'une jeune fille qui fut atteinte brusquement d'un état tuberculeux aigu fébrile, avec, comme seule localisation constante, une double adénopathie carotidienne ; au bout de quelques mois, apparition de phénomènes péritonéaux, avec ascite et granulations tuberculeuses vérifiées par laparotomie; mort moins de 2 mois après, par cachexie progressive, sans autres localisations.

On peut décrire 3 catégories d'états aigus tuberculeux sans localisation apparente :

1° La granulie, due à la diffusion du virus par le torrent circulatoire, possédant des lésions histologiquement variables et pouvant revêtir une allure aiguë ou subaiguë ;

2° La phtisie septicémique subaiguë (Landouzy-Laederich) dont l'existence serait encore douteuse, n'aurait aucune localisation et serait une tuberculose purement intraveineuse;

3° La typho-bacillose, que Landouzy considérait comme une septicémie primitive, essentielle, privée de localisation, mais finissant, habituellement, par se fixer dans le poumon, les séreuses ou le squelette. Comme Péhu et Bertoye, D. et M. estiment que la typho-bacillose est une maladie engendrée par des lésions. Depuis longtemps V. Hutinel a montré son point de départ fréquent au niveau d'adénopathies tuberculeuses médiastines. Léon Bernard, Salomon et M. Lelong ont insisté aussi sur le point de départ ganglionnaire de la typhobacillose. D. et M. estiment que leur observation répond à cet ordre de faits et que la typho-bacillose serait l'expression de la tuberculose aiguë du système lymphatique. La radiologie est capitale pour déceler, dans de tels cas, les adénopathies médiastinales dont les signes cliniques sont si infidèles.

A côté des états aigus, l'infection bacillaire sanguine ou lymphatique, à l'état chronique du moins, peut exister sans expression clinique, expliquant l'apparition d'une métastase, d'une méningite ou d'une coxalgie par exemple, au cours de la tuberculose pulmonaire.

De tels faits soulèvent enfin le problème de la primo-infection et celui de l'intervention du bacille de Koch ou de l'ultra-virus tuberculeux.

L. Rivet.

REVUE NEUROLOGIQUE
(Paris)

Van Bogaert, A Ley et Brandes. *Contribution anatomo-clinique à l'étude de la myélite nécrotique subaiguë de Foix-Alajouanine* (*Revue neurologique*, XXXVIIe année, t. II, n° 1, Juillet 1930). — Une jeune fille de 20 ans est prise de douleurs dans la région sacro-lombaire, suivies d'une éruption papuleuse sur la moitié inférieure du corps 2 semaines après, de prurit avec exaltation des douleurs dans la ceinture et les membres inférieurs, de myoclonies de la paroi abdominale. le tout accompagné de fièvre. Un mois après le début s'installe une paraplégie flasque amyotrophique avec abolition des réflexes tendineux, flexion bilatérale des orteils, troubles des sphincters, douleurs à l'élongation des nerfs, et anesthésie tactile, thermique et douloureuse jusqu'à D 12 environ. Ultérieurement se produit une amélioration progressive des troubles moteurs et de la sensibilité objective, lorsque apparaissent des troubles de la démarche, des crises de somnolence et successivement de la cécité de l'œil droit puis du gauche, sans modifications du fond de l'œil. La malade succombe à la suite d'une double trépanation décompressive.

L'examen anatomique a montré des lésions de myélite nécrotique dans tout le névraxe, la moelle, l'isthme de l'encéphale, le cervelet et l'écorce grise du cerveau. Ces lésions étaient constitués par leurs deux éléments essentiels : des foyers de nécrose, d'une part, à systématisation prédominante périet para-épendymaire; des lésions vasculaires, d'autre part, avec vaso-dilatation et hyperplasie puis hypertrophie pariétale.

Cette observation est intéressante par le caractère des lésions, typique de celui de la myélite nécrotique tel qu'il a été décrit, par Foix et Alajouanine, et le tableau clinique dont certains éléments, somnolence, myoclonies, évolution fébrile, avaient primitivement éveillé l'idée d'une encéphalite léthargique possible, H. Schaeffer.

F. **Ody** (Genève). *De l'opportunité du drainage sous-occipital dans certains traumatismes endocraniens* (*Revue neurologique*, XXXVIIe année, tome II, n° 1, Juillet 1930). — La question de l'intervention opératoire dans les grands traumatismes endocraniens est souvent fort délicate à résoudre.

La distinction elle-même entre la commotion simple, la contusion encéphalique et la fracture de la base du crâne est par elle-même souvent insoluble, d'autant que les 3 facteurs souvent s'associent. La rachicentèse, même par la présence de sang dans le liquide, est incapable d'apporter une solution, puisqu'un liquide hématique peut s'observer dans les 3 hypothèses énumérées ci-dessus. Plus que les caractères des symptômes eux-mêmes O. pense que c'est l'évolution qui, par l'aggravation progressive des accidents, représente la principale indication opératoire.

En dehors des cas où des signes de localisation nets et indiscutables précisent le siège de l'intervention, O. pense qu'en l'absence de signes nets de localisation la trépanation atlantoïdo-occipitale se recommande à l'opérateur pour les raisons suivantes :

Elle assure le meilleur drainage du sang épanché dans les espaces sous-arachnoïdiens, plus avantageux par son siège que le drainage temporal parce qu'il est fait au point le plus déclive. Cette trépanation ne s'accompagne pas de protrusion du cerveau œdématié. Elle respecte la boîte cranienne. Enfin c'est une opération simple et rapide ne nécessitant aucune instrumentation spéciale.

O. rapporte 2 observations personnelles de contusion cérébrale où ce mode de drainage a donné les meilleurs résultats.

H. Schaeffer.

ARCHIVES INTERNATIONALES de PHARMACODYNAMIE ET DE THÉRAPIE

L. **Dautrebande.** *L'épilepsie s'accompagne-t-elle d'une alcalose vraie?* (*Archives internationales de Pharmacodynamie et de Thérapie*, tome XXXVIII, 1930). — Depuis une dizaine d'années, l'attention est fortement attirée sur les modifications de l'équilibre acido-basique dans l'épilepsie. Divers auteurs, parmi lesquels il faut surtout citer Bigwood, ont signalé l'existence d'alcalose chez l'épileptique. Bigwood a particulièrement étudié la question et a estimé qu'il existait une relation certaine entre les phases d'une alcalose décompensée et les crises convulsives du mal comitial.

D., à la suite de recherches faites avec le soin le plus rigoureux, arrive à des conclusions absolument opposées. Ses observations ont porté sur sept sujets atteints d'épilepsie essentielle convulsive et en confrontant les résultats obtenus par différentes méthodes.

D. a constaté que, chez ses malades, la tendance à l'hyperalcalinité du plasma ne s'observait que quand on recourait, pour établir le p_H, à la méthode colorimétrique de Cullen. En calculant ce même p_H par la formule d'Hasselbach, les valeurs trouvées, tout en étant exagérément variables d'un jour à l'autre, sont restées dans les limites absolues de la moyenne des sujets sains.

L'étude des urines des mêmes épileptiques n'a pas permis non plus à D. de constater des modifications dans l'élimination ammoniacale traduisant l'existence d'une alcalose véritable.

Les résultats fournis par les méthodes de Cullen et d'Hasselbach étant, comme on voit, discordants, D. a fait établir le p_H de ses sujets par déterminations électrométriques. Celles-ci ont été faites sur le sang veineux recueilli sans stase. Par cette méthode, ce p_H a été trouvé absolument normal et présentant des variations indépendantes des crises.

De l'ensemble de ses recherches D. conclut que les faits permettent d'affirmer que, malgré les chiffres fournis par la méthode de Cullen, il n'y a pas d'alcalose décompensée dans l'épilepsie.

Ph. Pagniez.

REVUE FRANÇAISE D'ENDOCRINOLOGIE
(Paris)

D. **Santenoise, H. Verdier et M. Vidacovitch.** *Isolement d'une nouvelle hormone pancréatique régulatrice de l'activité vagale (vagotonine)* (*Revue française d'Endocrinologie*, tome VIII, n° 3, Juin 1930). — Dans cet article extrêmement documenté, et à la suite d'un très grand nombre d'expériences poursuivies pendant plusieurs années avec un rigorisme absolu, S., V. et V. sont arrivés à déterminer un produit sécrété par le pancréas, qui est une hormone régulatrice des centres pneumogastriques.

« On retrouve, disent-ils, cette hormone, non seulement dans la glande elle-même, dans le centre efférent de la glande, mais encore dans le sang artériel de la circulation générale.

« Ce pouvoir vagotonisant n'appartient pas à l'insuline, mais est spécifique d'une autre hormone sécrétée par le pancréas. En effet, nous avons pu, non seulement montrer que l'insuline proprement dite augmente l'excitabilité réflexe des centres pneumogastriques, mais encore nous avons pu, à la suite de longues et minutieuses recherches, extraire du pancréas cette hormone vagotonisante, séparée par l'alcool, et les sels neutres de l'insuline proprement dite. »

S., V. et V. proposent le nom de « vagotonine » pour cette hormone nouvelle et font entrevoir le rôle capital que possède celle-ci dans la régulation de l'activité de divers organes innervés par le pneumogastrique. MARCEL LAEMMER.

REVUE DE STOMATOLOGIE

(Paris)

Pasteur et Fleury ***Premières recherches sur la chronaxie des nerfs dentaires*** (*Revue de Stomatologie*, tome XXXII, n° 7, Juillet 1930). — Après avoir rappelé la définition de la rhéobase et de la chronaxie, et insisté sur ce fait que la chronaxie n'a pas une répartition anatomique mais fonctionnelle, P. et F. arrivent d'après leurs premières recherches, à ces conclusions d'attente, « que le système dentaire doit posséder une double chronaxie fonctionnelle :

« 1° une chronaxie sensitivo-motrice, commune aux muscles de la face innervés par le facial, établissant le concours apporté par ces muscles dans la formation du bol alimentaire.

« 2° une chronaxie sensitivo-motrice, baresthésique, masticatrice, commune aux muscles masticateurs et en rapport avec la fonction de ceux-ci. Cette seconde chronaxie n'apparaîtrait à l'examen que lorsque la première est très diminuée ou a presque disparu. » C. RUPPE.

REVUE DE PHONÉTIQUE

(Paris)

S. Borel. ***Phonétique des divisions palatines*** (*Revue de phonétique*, tome VI, fasc. 3-4, 1930). — B. a éduqué, avec le plus grand dévouement, 155 opérés du Dr Veau. De ses études cliniques et expérimentales (suivant les procédés de l'abbé Rousselot), elle aboutit à des conclusions pleines d'intérêt scientifique et pratique. B. indique que le meilleur âge pour l'éducation phonétique est compris entre 4 et 6 ans. Les enfants ont à cet âge une attention suffisante, une grande souplesse et des dons mimétiques considérables. Les parents ne doivent pas les faire parler, car ils les font grimacer en exigeant des efforts inconsidérés.

B. divise les troubles : en troubles propres aux fissures palatines et troubles non spécifiques.

a) *Les troubles spécifiques* sont le *coup de glotte*, le *souffle rauque de la gorge*, le *souffle nasal* et le *nasonnement*. B. les définit, en montre la fréquence et conclut que, si le coup de glotte et le souffle rauque se corrigent assez facilement, le souffle nasal et le nasillement sont à peu près impossibles à supprimer.

b) Dans le même esprit physiologique, clinique, statistique et pronostique, *les troubles non spécifiques* sont exposés. Les troubles d'origine pharyngée sont le ronflement nasal et l'insuffisance articulatoire. Les troubles de l'audition entraînent la substitution de consonnes, le remplacement de voyelles, le zozotement et le chlintement. A l'actif du larynx, s'inscrivent la raucité de la voix, sa monotonie ou son insuffisance. B. envisage également les troubles d'élocution d'origine glossolabiale, maxillaire, faciale, thoracique.

Cet article très clair et très instructif est illustré de 28 schémas. C. RUPPE.

ARCHIVES DE MÉDECINE DES ENFANTS

(Paris)

P. Nobécourt et M Kaplan (Paris). ***L'actinomycose pulmonaire chez l'enfant*** (*Archives de Médecine des Enfants*, Juillet 1930, tome XXXIII, n° 7). — La rareté de l'actinomycose explique que cette affection ait été peu étudiée par les pédiatres. Aussi, N. et K. jugent ils utile de relater l'observation d'une fille chez laquelle les premiers signes de la maladie apparurent entre 13 ans 1/2 et 14 ans Pendant 8 mois, ils ne se manifestèrent que par de l'amaigrissement et de l'asthénie, puis survinrent des douleurs thoraciques et de la fièvre. Une ponction exploratrice de la plèvre droite permit de retirer quelques centimètres cubes de liquide séro-fibrineux. Quand l'enfant entra à l'hôpital, 10 mois après le début clinique, on constata, dans l'hémithorax droit, des signes complexes résultant de l'intrication d'un syndrome de symphyse pleurale, d'un syndrome de condensation pulmonaire, d'un syndrome cavitaire. Le diagnostic demeurait hésitant : une tuberculose fibro-caséeuse, que tendaient à faire admettre le mauvais état général et l'aspect extérieur de la malade, paraissait peu probable, étant donné le résultat de tous les examens biologiques; une sclérose pleuro-broncho-pulmonaire avec dilatations bronchiques probables paraissait plus vraisemblable.

Un an après les premiers symptômes, l'envahissement de la paroi thoracique, bientôt suivi de fistulisation, et la constatation de l'*actinomyces* dans le pus, permettent enfin de reconnaître la nature de l'affection.

Au point de vue thérapeutique, on a surtout prescrit de fortes doses d'iode et des applications de radiothérapie profonde, mais les résultats obtenus ne permettent encore aucune conclusion.

G. SCHREIBER.

J. Baylac et M. Sendrail (de Toulouse). *Les méningo-névraxites à bacille de Pfeiffer* (*Archives de Médecine des Enfants*, tome XXXIII, n° 8, Août 1930). — Dès que Pfühl eut fait connaître, en 1892, le premier cas de méningite due au germe décrit deux ans plus tôt par Pfeiffer, les observations analogues se multiplièrent. En 1927, Bruno Trambusti (de Florence) réunissait une statistique de 295 cas recueillis dans la littérature mondiale.

La parfaite similitude de la plupart des relations cliniques permet une description typique des accidents méningitiques dus au bacille de Pfeiffer, C'est chez le nourrisson ou le jeune enfant qu'ils apparaissent. Leur début est brutal. Les symptômes sont ceux d'un syndrome méningé aigu banal : céphalée, vomissements convulsions, contractures. La mort est à peu près fatale ; elle survient habituellement avant le 10e jour L'autopsie montre des nappes purulentes, riches en germes, diffusées dans toute l'étendue de la méninge molle.

Ce schéma anatomo-clinique, si souvent retracé et confirmé, n'est toutefois pas applicable à la totalité des faits et, dans un cas personnel, chez une fillette de 2 ans 1/2, B. et S. ont observé une forme atypique, qu'ils relatent en détails, caractérisée par l'adjonction aux signes et lésions méningés de lésions et de signes parenchymateux. A de telles formes où l'atteinte se présente comme une véritable neuro-infection subaiguë, B. et S. proposent de réserver la dénomination de « méningo-névraxite pfeifférienne » et ils sont assez tentés d'admettre que, d'une façon générale, il convient d'accorder plus d'importance à l'atteinte du parenchyme cérébral dans les méningites pfeiffériennes ordinaires.

G. SCHREIBER.

J. Salazar de Souza (Lisbonne). *Les ressources de la splénectomie* (*Archives de Médecine des Enfants*, tome XXXIII, n° 8, Août 1930). — S. réunit 47 splénectomies pratiquées par lui sur des enfants. Chez 38 d'entre eux, des analyses répétées de sang ont été effectuées avant et après l'opération. S. fait observer que, dans tous ces cas, aucun traitement spécial n'a été institué contre l'anémie après la splénectomie. Voici ce qu'il a constaté :

Hémoglobine. — Chez 30 enfants, le taux de l'hémoglobine s'éleva nettement et, chez certains, cette augmentation fut très rapide et très importante.

Dans 4 cas, le taux de l'hémoglobine baissa et, dans 4 autres cas, il demeura stationnaire.

Hématies. — Leur nombre augmenta 22 fois sur 38, soit dans 76 pour 100 des cas. Dans les cas où la splénectomie fut suivie d'hypoglobulie, cette dernière n'inspira jamais d'inquiétude.

Leucocytes. — La splénectomie a augmenté le nombre des globules blancs dans 100 pour 100 des cas et cette leucocytose est parfois extraordinaire, surtout si on la compare à la leucopénie initiale.

Lymphocytes. — Chez un grand nombre d'enfants il y avait avant la splénectomie une lymphocytose relative, masquant une leucopénie lymphocytaire absolue.

La première analyse effectuée après l'intervention a décelé une chute du pourcentage des lymphocytes dans la majorité des cas. Dans 5 cas ce pourcentage s'éleva au contraire et dans 4 cas il resta stationnaire.

Ces résultats autorisent S. à considérer la splénectomie comme « une ressource précieuse pour parer à un état d'anémie avec splénomégalie n'obéissant pas à une thérapeutique conservatrice, surtout si cet état est accompagné d'une leucopénie granulocytique, signe de déchéance de la moelle osseuse ».

S. signale, en terminant, qu'il a pu abaisser la mortalité opératoire jusqu'à 10,63 pour 100 et qu'il espère encore obtenir une mortalité plus réduite. G. SCHREIBER.

REVUE BELGE DE LA TUBERCULOSE

(Bruxelles)

Y. Biraud. ***La mortalité tuberculeuse et son évolution; aperçu géographique et épidémiologique*** (*Revue belge de la Tuberculose*, tome XXI, n° 2, Mars-Avril 1930). — La connaissance de la mortalité tuberculeuse réelle n'est point sans difficulté. Elle suppose un système médico-statistique rigoureux, ce qui est loin d'exister encore partout.

On observe des variations considérables entre les provinces d'un même ; pays aussi bien qu'entre des pays différents et, dans le même pays, le taux de la mortalité, depuis 50 ans, a augmenté chez les uns, diminué chez les autres ; il ne semble pas que le facteur ethnologique, des prédispositions de race jouent un rôle dans la mortalité par tuberculose.

La mortalité tuberculeuse est en régression très marquée dans les États industrialisés et urbanisés de l'Europe occidentale et de l'Amérique; elle reste élevée dans les États où la majorité de la population est rurale.

Il existe actuellement une corrélation marquée entre le développement urbain des divers pays et la diminution de leur mortalité par tuberculose. Ces données sont en contradiction avec les enseignements classiques; cela correspondrait à un changement dans la répartition de la tuberculose. Dans les villes, la mortalité frappe d'abord les enfants du premier âge, puis les jeunes adultes; mais c'est chez les individus de 50 ans qu'elle est le plus forte. Dans les campagnes, la mortalité maxima s'observe entre 20 et 25 ans. Ces maximums correspondent à deux types cliniques différents : le type « naturel » correspondant à l'évolution fatale d'une primo-infection massive, le type « modifié », maladie chronique évoluant chez des sujets infectés à dose minime dès l'enfance et en état d'immunité relative.

C'est surtout à l'augmentation de résistance des populations acquise individuellement qu'il faut demander l'explication de l'endémie tuberculeuse et de sa répartition géographique.

Si le facteur *tuberculisation* exerce une action de premier plan sur la mortalité et la morbidité tuberculeuse, il ne faut pas négliger les autres: la pauvreté, l'alimentation, le logement, le travail industriel, l'état de santé de la population (état de moindre résistance du fait de maladies endémiques: paludisme, ankylostomiase, alcoolisme).

Ces notions de tuberculisation et les facteurs économiques doivent être pris en considération dans l'établissement des plans de lutte antituberculeuse. Les pays d'Europe souffrant actuellement le plus de la tuberculose sont les pays agricoles d'Europe orientale et des Balkans. La meilleure utilisation qu'ils puissent faire de leurs ressources pour la lutte antituberculeuse est de pratiquer le dépistage précoce et l'isolement des malades à lésions ouvertes, dans de petits hôpitaux régionaux, de faire l'éducation hygiénique des paysans et de pratiquer la vaccination antituberculeuse.

BRUNS' BEITRAGE zur KLINISCHEN CHIRURGIE (Berlin, Vienne)

Kinzel. ***Sur la thrombose soi-disant traumatique des veines des membres supérieurs*** (*Bruns' Beiträge zur klinischen Chirurgie*, tome CL, n° 2, Août 1930). — L'affection que l'on a coutume de décrire sous le nom de *thrombose traumatique des veines du membre supérieur* est extrêmement rare et l'origine traumatique de cette lésion est du reste sujette à discussion.

A la clinique de Küttner, il a été permis d'en observer 3 cas dans lesquels on a retrouvé dans les antécédents un traumatisme, et 1 cas dans lequel il n'y avait aucun traumatisme occasionnel.

C'est très rapidement que l'on voit survenir des douleurs violentes avec troubles paralytiques dans le bras; en même temps apparaît un œdème des parties molles avec coloration bleuâtre des téguments: les veines superficielles se distendent et deviennent très apparentes; on peut même percevoir la veine thrombosée, sous forme d'un cordon induré se dirigeant du sillon bicipital vers la cavité axillaire. Le siège de la thrombose est généralement limité à la partie supérieure du bras et de la région de l'épaule; quand la thrombose atteint la veine sous-clavière, les lésions s'étendent alors aux veines du cou. Sous l'influence du repos, les lésions rétrocèdent d'ordinaire en 2 ou 3 semaines, mais la cyanose et la dilatation veineuse superficielle peuvent durer plus longtemps. Dans les cas rapportés par l'auteur, les malades ont été rendus à leur vie courante au bout de 4 semaines; il n'a pas été observé de complications emboliques.

La lecture des observations publiées permet du reste de constater que l'expression « soi-disant traumatique » employée par l'auteur est amplement justifiée. Dans le premier cas, la phlébite se manifesta dans le membre supérieur droit, chez un homme de 26 ans qui, 4 jours auparavant, avait soulevé de très lourdes caisses; donc aucun traumatisme direct. Dans le 2e cas, il s'agit d'un homme de 20 ans qui avait fait, paraît-il, des travaux pénibles la veille et qui se réveilla le lendemain avec un œdème de la région de l'épaule. La 3e observation est un cas de phlébite post grippale. Un véritable traumatisme ne se retrouve que dans la 4e observation; encore est-il très sujet à discussion : il s'agit d'un homme de 23 ans qui est comprimé en 1916 entre un fiacre et un tramway électrique; en 1917 seulement, il présente des crises d'épilepsie avec une phlébite qui commence sur le bras droit, puis s'étend à toute la moitié droite du corps; une incision exploratrice permet de constater l'existence d'une thrombose complète de toute la veine humérale; guérison au bout de 4 semaines.

La nature traumatique de ces phlébites est donc très discutable. Certains ont invoqué une compression de la veine axillaire au sommet du creux de l'aisselle, dans certains mouvements l'élévation forcée du bras; cette théorie est peu vraisemblable étant donné la rareté des phlébites dans les traumatismes portant sur cette région, les fractures de la clavicule en particulier Pour l'auteur, il pourrait se produire, à la suite de certains mouvements du bras, une irritation chronique de l'endothélium de la veine. Löhr, au contraire, dénie toute importance au traumatisme et les facteurs qui prédisposent aux phlébites sont les mêmes aux membres supérieurs et inférieurs. Comme nous l'avons dit, ce ne sont pas les observations publiées par l'auteur qui peuvent venir appuyer la théorie traumatique de ces phlébites. J. Sénèque.

Neugebauer. ***Phlegmon diffus, suppuré, de l'estomac; guérison*** (*Bruns' Beiträge zur klinischen Chirurgie*, tome CL, n° 2, Août 1930). — Il s'agit d'un homme de 48 ans, qui aurait présenté 5 ans auparavant des troubles gastriques, guéris en 5 semaines par un traitement médical; 2 ans après, ce malade aurait présenté un ictère Il s'agit d'un alcoolique qui boit chaque jour, depuis 2 ans, de grandes quantités de bière, de vin et d'alcool. Depuis 2 jours, il présente des douleurs à type gastrique, des vomissements et de la fièvre; on note également un arrêt des gaz.

L'examen radioscopique montre un estomac rétracté, à gauche de la ligne médiane et en forme de poire; on ne peut poser aucun diagnostic et l'on hésite entre cholécystite avec péritonite locale et pancréatite. A l'intervention, pratiquée sous anesthésie locale, on constate l'intégrité de la vésicule biliaire; le lobe gauche du foie recouvre complètement l'estomac auquel il adhère. Il s'agit cependant d'adhérences récentes, que l'on libère facilement avec le doigt. La séreuse gastrique est dépolie et dure; elle est le siège d'une infiltration rougeâtre et les parois de l'estomac sont très épaissies sur toute son étendue; le duodénum est normal. On ne constate nulle part l'existence de cicatrices ou de processus ulcéreux, mais toute la surface antérieure de l'estomac est recouverte par du pus et des placards fibrineux. On se contente d'établir un drainage et l'on referme la paroi Guérison complète après broncho-pneumonie post-opératoire. L'examen radioscopique de l'estomac, pratiqué 4 mois après, a montré qu'il avait repris une forme tout à fait normale.

Il s'est donc agi d'un phlegmon primitif, idiopathique, de l'estomac, sans que l'on puisse retrouver à la base un ulcère, un cancer, une blessure par corps étranger ou une embolie microbienne. L'auteur ne retient comme cause prédisposante que l'alcoolisme qui était ici indiscutable et qui a joué certainement un rôle important. Nous n'avons pas trouvé dans cette observation le compte rendu de l'examen bactériologique du pus, qu'il eût été intéressant d'avoir. J. Sénèque.

Kolaczek. ***Une indication opératoire rare pour une intervention sur les voies biliaires (porteuse de bacilles typhiques)*** (*Bruns' Beiträge zur klinischen Chirurgie*, tome CL, n° 2, Août 1930). — Dans le courant de l'hiver 1923, il y eut dans le village de Prausnitz une véritable épidémie de typhoïde : 23 personnes furent atteintes et il y eut 2 cas mortels; tous ces cas furent observés dans le même hôtel, et il fut impossible d'en découvrir l'origine, quand la femme d'un employé de l'hôtel présenta une crise de litbiase biliaire. L'examen des matières et des urines de cette malade montra que l'on se trouvait en présence d'une véritable porteuse de bacilles, alors que 5 examens préalables chez cette même malade avaient été négatifs; 3 ans auparavant elle avait eu une fièvre typhoïde. La malade avec son mari et ses 5 enfants furent congédiés et l'épidémie cessa aussitôt. Elle réclama alors le bénéfice d'une intervention chirurgicale. Dans un premier temps, on fit une cholécystostomie qui donna issue à de la bile trouble et à un calcul biliaire. Dans la bile ainsi que dans le calcul, on put mettre en évidence des bacilles typhiques en culture pure. Au bout de quelques jours la bile qui s'écoulait de la vésicule était stérile et l'on pratiqua dans un deuxième temps une cholécystectomie. J. Sénèque.

Breitkopf. ***Hernie diaphragmatique chronique post-traumatique*** (*Bruns' Beiträge zur klinischen Chirurgie*, tome CL, n° 2. Août 1930). — L'observation rapportée par B est assez exceptionnelle, puisqu'il s'agissait d'une hernie diaphragmatique post-traumatique de l'estomac et que celui-ci était en même temps le siège d'un ulcère pénétrant caché dans le foie.

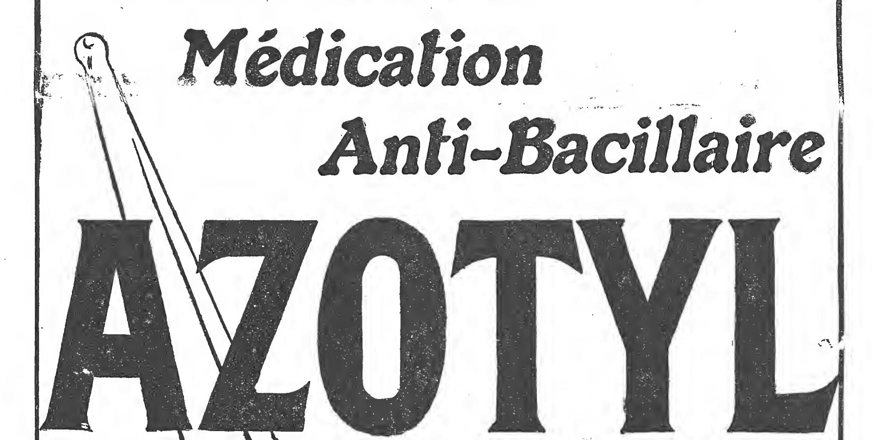
Un homme de 23 ans est victime d'une contusion abdominale pour laquelle il est opéré d'urgence. A l'intervention, on découvre une déchirure de 10 cm. au niveau de l'iléon terminal, que l'on suture, et le blessé guérit parfaitement. 6 mois après environ, il commence à éprouver des douleurs dans la région de l'hypocondre gauche avec vomissements et perte de l'appétit. Un traitement médical ne donne aucun résultat et l'examen radioscopique permet de découvrir l'existence d'une hernie diaphragmatique de la presque totalité de l'estomac; en même temps, on constate une torsion d'environ 180° de cet organe et une niche indiscutable au bord supérieur de la première portion du duodénum ; les symptômes de sténose pylorique sont manifestes.

En présence de ces symptômes, on décide d'intervenir par voie abdominale, sous anesthésie générale et hyperpression. Il existait des adhérences au niveau de la brèche diaphragmatique que l'on libéra ; il y avait, en même temps que l'estomac, le grand épiploon, tandis que l'orifice était limité par le foie et la rate. Les dimensions de la brèche étaient de 12 cm sur 15 et l'obturation fut relativement facile sur les parties latérales; il n'en fut pas de même au voisinage de la colonne vertébrale et de l'orifice œ-ophagien; étant donné les adhérences qui existaient entre l'estomac et le lobe gauche du foie, l'estomac ne put être ramené à sa situation normale. Il existait en effet au niveau du pylore un ulcère penétrant dans le foie qui provoquait une sténose pylorique à peu près complète. Après libération des adhérences, le trou gastrique avait environ les dimensions d'une pièce de 1 mark. Suture de la brèche gastrique suivie d'une gastro-entérostomie postérieure. Dans les suites opératoires, on relève l'apparition d'une pleurésie purulente gauche à streptocoques, qui fut traitée par thoracotomie et drainage, et d'un érysipèle. En fin de compte le malade guérit complètement.

B. discute ensuite les diverses voies d'accès des hernies diaphragmatiques; dans le cas présent, étant donné que l'on avait pu faire avant l'intervention le diagnostic de l'ulcère, il était de toute évidence que la voie abdominale s'imposait. J. Sénèque.

MONATSSCHRIFT FUR KINDERHEILKUNDE (Leipzig)

Erik Agduhr (Upsala) ***Contribution à l'étude de l'action toxique accessoire de l'huile de foie de morue sur l'organisme*** (*Monatsschrift für Kinderheilkunde*, tome XLVII, fasc. 2/3. Juin 1930). — Les travaux consacrés par différents auteurs à l'étude des vitamines ont permis de déceler dans l'huile de foie de morue la présence d'une vitamine


Médication
Anti-Bacillaire
AZOTYL

de croissance et d'une vitamine antirachitique. Ces éléments expliquent l'action bienfaisante de l'huile de foie de morue; mais, à côté de ces facteurs utiles, cette huile contiendrait certaines substances pouvant exercer une action toxique sur l'organisme.

Dès 1922, A., expérimentant sur des souris blanches, crut constater que certaines d'entre elles, mises à l'huile de foie de morue et par ailleurs soumises à un régime convenable, succombaient en présentant des lésions organiques permettant d'incriminer un facteur toxique. Il rappelle que Mouriquand et Michel, expérimentant en 1922 et 1924 sur des cobayes, avaient déjà constaté que, dans certaines circonstances, l'huile de foie de morue pouvait être nocive et engendrer « des lésions osseuses du type scorbutique ».

En 1925, Suzuki constate également l'action nocive de l'huile de foie de morue administrée à des rats dans certaines circonstances.

Pour sa part, A., au cours des nombreuses expériences qu'il a entreprises, n'a jamais observé de lésions scorbutiques du squelette chez les animaux mis à l'huile de foie de morue. En administrant celle-ci en même temps qu'un régime fondamental défectueux, il a vu naître des lésions nécrotiques principalement localisées au niveau des extrémités sternales des côtes.

En 1928, A. déclarait à Oslo que l'action des vitamines contenues dans l'huile de foie de morue n'était pas toujours exclusivement favorable et qu'elle pouvait même avoir sur les os une influence décalcifiante.

Dans le présent article A. publie le résultat de ses expériences entreprises sur différents animaux (souris, rats, chiens, chats, etc.) soumis à différents régimes et traités par de l'huile de foie de morue à plus ou moins fortes doses. Il montre notamment que les courbes de poids de certains de ces animaux fléchissaient par rapport à celles d'animaux témoins. Il s'étend, d'autre part, en détail sur les lésions des différents organes révélées par l'autopsie : dégénérescence pigmentaire du foie avec infiltrations graisseuses, télangiectasies, lésions hémorragiques et nécrotiques, lésions dégénératives du parenchyme rénal, etc.

G. Schreiber.

VRATCHÉBNAIA GAZETA
(Léningrade)

A. L. Miasnikow. *Le traitement des formes graves de l'hépatite parenchymateuse aiguë par la glucose* (*Vratchébnaïa Gazeta*, n° 11, 1930). — Le nom d'hépatite parenchymateuse aiguë est donné à toute une série de cas d'ictère extrêmement grave d'origine diverse, mais qui, après une période bénigne, prennent un caractère où l'issue mortelle est à redouter. Or, il est possible de modifier le cours de la maladie grâce à l'injection intraveineuse de glucose. Il s'agit de 400 à 500 cmc d'une solution de 5 pour 100 que l'on peut à la rigueur répéter plusieurs fois. Exceptionnellement, si l'on ne peut guère faire autrement, l'administration de la glucose se fait par voie rectale, voire même buccale, mais l'effet n'est pas le même.

Sur 8 cas désespérés, 5 ont profité du traitement par la glucose. Malgré le coma, on est arrivé à sauver les malades qui, parfois, après 1 ou 2 injections, montraient une amélioration nette qui se termina par la guérison. Les périodes de somnolence deviennent de plus en plus courtes, les vomissements et les convulsions cessent et il est possible de procéder à une palpation du foie et de déterminer ses contours. En même temps, l'on constate une diminution de la bilirubinémie et une augmentation de la cholestérinémie. Bien entendu, les signes d'ictère s'atténuent peu à peu et finissent par disparaître.

Les 3 décès prouvent qu'il n'est pas question d'un moyen toujours efficace. Cependant, il est à noter que, dans le premier cas, le malade, hospitalisé très tard, n'a pu recevoir qu'une seule injection, le jour de sa mort; dans le deuxième, l'on avait affaire, en plus, à une broncho-pneumonie grave; enfin, dans le troisième, des foyers de nécrose dans le foie avec cicatrices multiples n'ont pas été influencés favorablement par le traitement de trop courte durée.

G. Ichok.

ANNALS OF SURGERY
(Chicago)

J. de J. Pemberton et K. B. Geddie (Rochester). *Hyperparathyroïdisme* (*Annals of Surgery*, tome XCII, n° 2, Août 1930). — Il a déjà été publié 9 cas du syndrome appelé hyperparathyroïdisme, et caractérisé par : 1° une haute concentration en calcium du sérum; 2° une basse concentration en phosphore du sérum ; 3° une excrétion exagérée du calcium dans l'urine; 4° une raréfaction des os; 5° l'apparition de kystes multiples ou de tumeurs des os; 6° une hypotonie et une faiblesse musculaire.

Cinq de ces cas ont été opérés et on a trouvé des tumeurs des parathyroïdes qui furent enlevées. Dans un cas, les parathyroïdes apparurent normales, mais étaient certainement en hyperfonctionnement. Les 3 autres ne furent pas opérés. Dans les 6 premiers cas, il y avait 3 hommes et 3 femmes et l'âge variait de 28 à 56 ans. Dans 4 cas, les tumeurs enlevées étaient des adénomes et dans un cas une tumeur maligne.

Les auteurs apportent un 7e cas vérifié par l'opération. Il s'agit d'une jeune fille de 14 ans, entrée pour des vomissements, de la pâleur et de l'amaigrissement, ayant débuté 16 mois avant. Elle avait de la polyurie. La concentration en sérum était exagérée en calcium, diminuée en phosphore. Les os montraient à la radio une décalcification diffuse sans perte de leur structure. Bien que la palpation du cou ne montrât aucune tumeur ce syndrome fit porter le diagnostic d'hyperparathyroïdisme.

A l'opération, la thyroïde était de volume normal. Mais, derrière le lobe gauche, en dehors de la capsule, et adhérente à elle, était une tumeur de 1 cm. 1/2 de diamètre, qui fut enlevée. On ne trouva rien en arrière du lobe droit. Le microscope montra qu'il s'agissait d'un adénome de la parathyroïde. L'opération fut suivie de fourmillements et d'engourdissements des doigts et des orteils, qui cédèrent à l'injection de chlorure de calcium et d'extraits parathyroïdiens. La concentration du sérum en calcium tomba brusquement, pour revenir progressivement à la normale; le phosphore s'éleva. L'excitabilité électrique des nerfs, qui était diminuée, redevint normale. Les crises de vomissements ne reparurent plus. Le retour des fonctions rénales à la normale n'a pas été aussi rapide que dans les autres cas. Les radiographies des os, 4 semaines après l'opération, ne montrèrent pas d'accroissement de leur densité.

M. Guimbellot.

SURGERY GYNECOLOGY AND OBSTETRICS
(Chicago)

P. Coryllos (New-York). *Complications pulmonaires post-opératoires et obstruction bronchique* (*Surgery, Gynecology and Obstetrics*, t. L, n° 5, Mai 1930). — Dans ce très important travail, C. entreprend de démontrer qu'il existe une relation étroite entre les complications pulmonaires post-opératoires ordinairement appelées bronchite post-opératoire, atélectasie et pneumonie, que ces états se succèdent généralement l'un après l'autre dans un certain ordre sans signes distinctifs bien tranchés et qu'ils représentent les phases de l'évolution d'un seul et même processus pathologique post-opératoire : l'obstruction bronchique.

Pour expliquer l'atélectasie massive post-opératoire, il existe deux theories : la théorie du réflexe nerveux et la théorie de l'occlusion mécanique de la bronche par les sécrétions bronchiques.

La théorie nerveuse présente plusieurs variétés : la variété diaphragmatique, invoquant la paralysie du diaphragme ; la variété spasmodique, qui invoque un spasme broncho-constricteur, enfin la variété vaso-motrice, agissant par les troubles de la circulation pulmonaire.

C. fait la critique de ces théories. Il a montré, avec Birnbaum, que, sur un chien auquel on a sectionné le nerf phrénique d'un côté, si on provoque de l'atélectasie par obstruction bronchique du côté opposé, de ce côté le diaphragme s'élève plus haut que du côté paralysé. D'ailleurs, chez l'homme, la résection du nerf phrénique ne produit pas l'atélectasie du poumon correspondant.

La théorie du réflexe broncho-constricteur ne tient pas davantage : l'atropine qui paralyse les muscles bronchiques reste sans action sur l'atélectasie ; l'adrénaline qui, au contraire, les excite, n'a aucune influence sur l'atélectasie. D'ailleurs, comme il ne saurait s'agir que d'une contraction d'une bronchiole, on ne s'expliquerait pas la disposition lobaire de l'atélectasie, exigeant l'obstruction d'une bronche lobaire. En outre, dans les cas de vagotonie avec spasmes bronchiques, ce qu'on observe, c'est, non pas de l'atélectasie, mais de l'emphysème.

Quant à la théorie vasomotrice, elle n'a aucun fondement clinique ou physiologique et ne saurait être considérée comme la cause de l'atélectasie. Les modifications de la circulation capillaire sont progressives et proportionnelles à l'absorption de l'air et au collapsus des alvéoles.

Pour C., la seule cause de l'atélectasie, c'est l'obstruction bronchique. Sous le nom de pneumonite, il englobe toute une série d'affections différant de la véritable pneumonie lobaire : bronchites avec zones d'hépatisation, broncho-pneumonies atypiques, pneumonies anormales. Les facteurs étiologiques invoqués pour les expliquer sont nombreux. C. en fait l'étude.

L'aspiration ne joue aucun rôle dans leur étiologie. On a beaucoup parlé de la pneumonie par aspiration ; en réalité, on peut observer par ce mécanisme des abcès et de la gangrène pulmonaire, mais non des pneumonies. A la suite des opérations sur la bouche et les voies aériennes supérieures, si les gangrènes sont fréquentes, les pneumonies sont infiniment plus rares qu'après les opérations sur l'abdomen.

L'hypostase pulmonaire peut jouer un rôle favorisant, mais elle ne peut agir seule.

Reste la théorie de l'embolie : elle jouit actuellement d'un grand succès. On admet que des embolies septiques, parties soit du foyer opératoire, soit d'un foyer septique, viennent aboutir au poumon particulièrement dans les zones congestionnées ou hypostatiques et donnent naissance à un foyer de pneumonie.

C. combat vivement cette théorie.

Anatomiquement, les embolies ne sauraient donner naissance qu'à des infarctus ou à des abcès avec nécrose, suivant qu'elles sont septiques ou non.

Au point de vue clinique, l'aspect est tout différent, comme date d'apparition (au bout de 8 à 15 jours, rarement avant 3 ou 4 jours pour les embolies ; dans les premiers jours pour les pneumonites), comme symptômes fonctionnels et physiques.

Elle n'explique pas la rareté des complications pulmonaires dans les opérations sur les membres, la tête, etc., et leur fréquence dans les opérations abdominales.

Dans certains cas, on a pu voir les deux lésions, embolie et atélectasie, évoluer parallèlement ou successivement sur le même sujet et alors il a été facile de démêler ce qui appartenait à l'une et à l'autre, soit au point de vue clinique, soit au point

de vue anatomiquement, *à l'autopsie*. Il est donc impossible d'admettre l'embolie comme cause des complications pulmonaires post-opératoires de forme pneumonique.

C. étudie alors ces complications et montre leurs similitudes cliniques, anatomiques et étiologiques. Cliniquement, même cause et même fréquence, même mode de début, même évolution, mêmes signes physiques, même aspect radiologique.

Aussi admet-il que l'atélectasie, soit massive, soit lobaire ou lobulaire, par suite de bronchite pré ou post-opératoire, constitue le stade initial et fait partie intégrante du syndrome pneumonite. L'obstruction bronchique en est le point de départ. Aussi longtemps que les bronches sont perméables et leur drainage assuré, le poumon maintient son asepsie par les moyens mécaniques dont il dispose: évaporation, expectoration, activité des cils vibratiles, pouvoir antiseptique du mucus. Mais, dès que les bronches sont obstruées, le sort du parenchyme dépend des microbes présents dans le bouchon du mucus obturant. Sont-ils peu virulents, l'inflammation reste modérée, il n'y a que peu d'exsudation et peu ou pas de fibrine; l'air est absorbé, les parois alvéolaires s'affaissent, diminuant le volume du poumon, d'où déviation du cœur, de la trachée et du médiastin avec élévation du diaphragme. Si les pneumocoques sont plus virulents, on observe une pneumonie post-opératoire, l'exsudation est plus marquée et, par suite, moindre est la diminution de volume du poumon avec ses conséquences. S'il y a des agents pyogènes ou des anaérobies, on peut voir survenir soit des abcès, soit de la gangrène pulmonaire.

L'obstruction bronchique dépend à la fois de la consistance et de la viscosité de l'exsudat bronchique, mais aussi de la force d'expulsion du poumon: un mucus, même très visqueux et consistant, n'arrivera pas à obstruer un poumon qui a conservé ses moyens de résistance, particulièrement l'amplitude de ses mouvements respiratoires et la toux ainsi que les mouvements de ses cils. Aussi, après les opérations, l'obstruction est-elle facilitée même pour un mucus fluide par suite de l'action combinée des narcotiques, de la douleur, de la position, de la paralysie des muscles respiratoires, etc.

Dans tous les cas d'atélectasie où le bouchon a été examiné, on a toujours trouvé le pneumocoque groupe IV, qu'on trouve habituellement dans la branche des opérés; il est généralement peu virulent, ce qui explique la pauvreté en fibrine de l'exsudat, celle-ci étant proportionnelle à la virulence du microbe.

Quelle est l'évolution de l'atélectasie? Qu'un accès de toux expulse ou disjoigne la colonne de mucus, le poumon s'aérera très rapidement. Si l'expulsion n'est que partielle, une partie seulement du poumon s'aérera; mais un nouvel accès de toux pourra libérer une nouvelle portion.

Mais, si l'obstruction se prolonge, le parenchyme pulmonaire sera envahi par les pneumocoques et on aura une pneumonie.

Comme traitement, C. conseille les inhalations d'un mélange d'oxygène et d'acide carbonique (5 à 10 pour 100), comme bien supérieures à l'inhalation d'oxygène pur. Ce dernier n'agit que sur l'anoxémie, tandis que le mélange accroît la ventilation pulmonaire et agit probablement sur le pneumocoque et comme liquéfiant sur l'exsudat.

C. n'a retiré aucun avantage de l'emploi de l'optochine.

Voici comment il comprend le traitement des complications pulmonaires:

Dès la fin de l'anesthésie, faire respirer à l'opéré un mélange d'oxygène et d'acide carbonique (5 à 10 pour 100); immédiatement, la respiration se modifie et devient plus profonde. On répétera ces inhalations toutes les 2 à 3 heures, pendant 2 à 3 minutes. On en profitera pour changer la position du malade, en le mettant au besoin en position inversée légère ou en le roulant d'un côté sur l'autre.

S'il survient de l'hépatisation, il serait bon de le maintenir dans une atmosphère d'oxygène et d'acide carbonique. Enfin, si l'atélectasie se prolonge et si la toux ne peut être provoquée, pratiquer une bronchoscopie avec aspiration des mucosités oblitérantes. M. Guibé.

ARCHIVES OF DERMATOLOGY AND SYPHILOLOGY
(Chicago)

Haxthausen. ***Traitement du lupus érythémateux par les injections intraveineuses de chlorure d'or*** (*Archives of Dermatology and Syphilology*, t. XXII, n° 1, Juillet 1930). — H. a obtenu de bons résultats dans le traitement du lupus érythémateux par les injections intraveineuses de chlorure d'or. Ces injections sont faites une fois par semaine: on commence avec la dose de 1 milligr. et on continue avec cette dose; s'il ne se produit aucune amélioration, on passe à 5 milligr. et, si cette dose ne produit aucun effet, on injecte 5 centigr. De cette façon, on évite les accidents qui ont été signalés avec les autres sels complexes d'or employés contre la tuberculose et les résultats sont aussi favorables. De plus, ce produit est moins cher que les autres préparations et n'importe quel pharmacien peut préparer la solution. A la concentration employée (0,1 pour 100), le chlorure d'or est bactéricide et il n'est pas nécessaire de stériliser la solution.

Les effets obtenus sont très variables suivant les malades; ils ne paraissent pas être parallèles avec l'intensité du traitement; les effets les plus favorables semblent être obtenus avec les petites doses espacées d'une semaine. Le traitement combiné avec la finsenthérapie donne de meilleurs résultats que ceux qui sont obtenus avec un traitement purement local et avec un traitement exclusivement interne. La combinaison de l'aurothérapie avec la neige carbonique donne également des résultats favorables. R. Burnier.

Sidlick. *L'emploi de la glande pituitaire dans le traitement du zona* (*Archives of Dermatology and Syphilology*, t. XXII, n° 1, Juillet 1930). — L'extrait de la glande pituitaire exerce une action sédative sur la douleur. Cette action a été utilisée pour lutter contre la douleur du zona. Vandel avait déjà constaté qu'après l'injection de pituitrine, les douleurs zonateuses cessaient en quelques heures et que l'éruption s'amendait en quelques jours.

S. reprit ces expériences et il rapporte plusieurs observations de malades âgés, atteints de douleurs violentes post-zonateuses, qui furent jugulées assez rapidement après l'injection intramusculaire de 1 centigr. de pituitrine. Dans certains cas, une seule injection suffit; dans d'autres, il en faut 3 ou 4 tous les 2 jours.

La seule contre-indication de cette méthode est la grossesse. Certains malades accusent après la piqûre une sensation passagère de faiblesse. R. Burnier.

THE AMERICAN JOURNAL of the MEDICAL SCIENCES
(New-York)

H. Vesell et J. Barsky. *Septicémie chronique à méningocoques* (*The American Journal of the medical Sciences*, tome CLXXIX, n° 5, Mai 1930). — V. et B. relatent un nouveau cas de méningococcémie chronique, affection rarement signalée aux Etats-Unis, mais dont on a rapporté déjà d'assez fréquents exemples chez nous. A propos des cas que nous avons publiés en 1913 et 1917, nous écrivions déjà que sa rareté devait être plus apparente que réelle, et cette opinion s'est trouvée confirmée par les nombreux faits publiés dans la suite.

Celui ci se rapproche beaucoup du tableau typique de l'affection: début assez brusque chez une femme de 47 ans par du mal de tête, de la fièvre à type pseudo-palustre, bientôt accompagnée d'arthralgies et d'exanthème survenant par poussées, triade qui permet déjà de soupçonner le diagnostic avant l'hémoculture. L'état général, comme d'habitude, se montra peu touché pendant longtemps. Ce ne fut qu'à la 5e hémoculture, et on ne saurait trop insister sur la nécessité de répéter l'ensemencement du sang, que le méningocoque fut mis en évidence. Une localisation méningée survint au bout de 5 semaines et ne céda pas au sérum anti-méningococcique employé. On mit en œuvre la sérothérapie intramusculaire et intraveineuse, mais la malade succomba à la méningite. Deux tranfusions sanguines avaient été faites sans succès auparavant.

La méningite n'est pas fatale; elle fait défaut dans d'assez nombreux cas, et, lorsqu'elle se produit, elle ne semble pas, tant s'en faut, aggraver le pronostic qui, tout en étant grave, est plus favorable que dans les autres septicémies. P.-L. Marie.

G. H. Whipple, F. S. Robscheit-Robbins et G. B. Walden. *Régénération du sang dans les anémies graves. XXI. Rôle d'une fraction du foie dans l'anémie post-hémorragique* (*The American Journal of the medical Sciences*, tome CLXXIX, n° 5, Mai 1930). — Les auteurs ont pu isoler du foie une fraction qui ne représente que 3 pour 100 du poids initial du foie et qui, cependant, possède 65 à 75 pour 100 de l'activité du foie total. Cette activité est mesurée par la production d'hémoglobine nouvelle chez des chiens saignés périodiquement depuis longtemps et soumis à un régime spécial. Les faits rapportés ne valent que pour l'anémie expérimentale post-hémorragique du chien, mais il est possible que cette fraction du foie se montre efficace dans certaines anémies de l'homme. On connaît déjà une fraction hépatique très puissante dans l'anémie pernicieuse (extrait de foie 343 de Lilly), mais elle ne s'identifie pas avec la fraction en question ici, car elle est loin d'être aussi efficace dans l'anémie post-hémorragique.

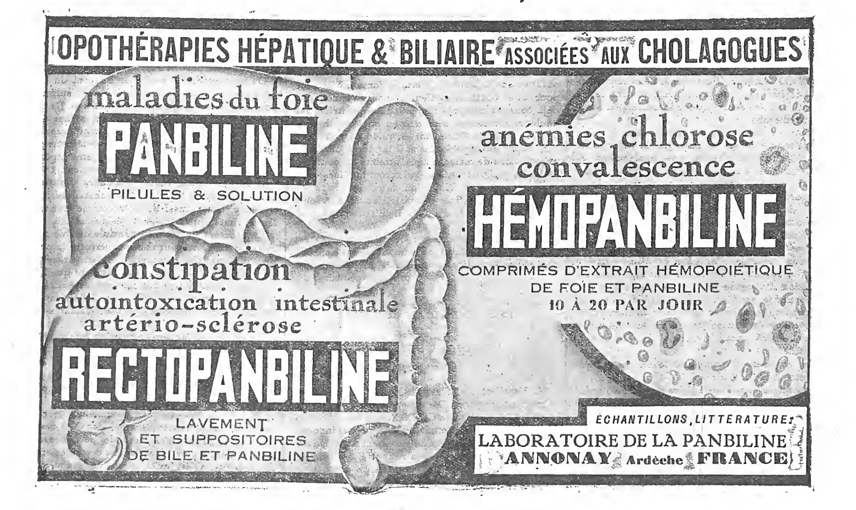
On prépare cette fraction en broyant du foie de porc avec de l'eau acidulée par l'acide sulfurique; on chauffe le mélange à 80° et l'on filtre. Le filtrat, évaporé dans le vide à consistance sirupeuse, est présipité par l'alcool à 70°. Le précipité représente la fraction active dans l'anémie post-hémorragique. Elle est de goût agréable et peut être ingérée en quantité considérable sans causer aucun trouble.

Il se peut qu'il existe plusieurs constituants actifs dans cette fraction; les substances inorganiques y jouent aussi un rôle comme le montrent les résultats obtenus avec le résidu calciné.

En ajoutant de petites quantités de foie total à cette fraction, on peut encore accroître la production d'hémoglobine nouvelle. Il en est de même pour l'addition de rein. Il est évident que le foie et le rein fournissent les facteurs essentiels sous la forme la plus profitable pour l'élaboration de l'hémoglobine nouvelle et des hématies dans l'anémie.

L'addition de fer à cette fraction hépatique augmente encore la production d'hémoglobine. Si l'on donne en même temps du foie en nature et du fer, on réalise, dans l'anémie expérimentale du chien, la production maximum d'hémoglobine de nouvelle formation.

W., R. et W. indiquent finalement les raisons qui font que l'hépatothérapie, dont les résultats sont si brillants dans l'anémie pernicieuse, est notablement moins efficace dans certaines anémies secondaires. C'est qu'il existe un grand surplus


OPOTHÉRAPIES HÉPATIQUE & BILIAIRE ASSOCIÉES AUX CHOLAGOGUES
maladies du foie
PANBILINE
PILULES & SOLUTION
anémies chlorose convalescence
HÉMOPANBILINE
COMPRIMÉS D'EXTRAIT HÉMOPOIÉTIQUE DE FOIE ET PANBILINE
10 À 20 PAR JOUR
constipation
autointoxication intestinale
artério-sclérose
RECTOPANBILINE
LAVEMENT ET SUPPOSITOIRES DE BILE ET PANBILINE
ÉCHANTILLONS, LITTERATURE:
LABORATOIRE DE LA PANBILINE
ANNONAY Ardèche FRANCE

d'hémoglobine dans l'anémie pernicieuse. Les globules rouges en sont saturés ; l'hémoglobine musculaire se maintient à un taux élevé en dépit de l'anémie. Le sérum et les humeurs contiennent en excès des pigments apparentés à l'hémoglobine, et Whipple soutient depuis longtemps que la cause de l'anémie pernicieuse réside non dans une destruction des hématies, mais dans leur élaboration insuffisante, faute de matériaux propres à constituer leur stroma. L'hépatothérapie fournit les éléments déficients dans l'anémie pernicieuse, et les nouveaux globules n'ont plus qu'à emmagasiner une hémoglobine qui existe déjà en abondance. Dans l'anémie secondaire, il y a, au contraire, déficit d'hémoglobine et excès relatif de stroma. La restauration sera alors plus lente, mais il faut se garder de diminuer, comme on l'a fait, la valeur de l'hépatothérapie dans l'anémie secondaire.

P.-L. Marie.

A. W. Rowe et M. Mc Manus. *Glycosuries non diabétiques* (*The American Journal of the medical Sciences*, tome CLXXIX, n° 6, Juin 1930). — R., qui est à la tête d'un grand centre de diagnostic endocrinologique où les patients sont soumis à de multiples examens systématiques, sur 2.000 sujets examinés dont 800 environ furent reconnus indemnes d'affections endocriniennes, a trouvé un total de 285 cas de glycosurie où il n'existait aucun signe de diabète ni d'affection pancréatique et s'est efforcé avec M. d'en préciser l'étiologie.

Parmi les 800 malades du groupe non endocrinien, il y avait 10 pour 100 de glycosuriques. Les affections où la glycosurie se montra particulièrement fréquente furent les psychoses, les lésions du système nerveux central, y compris la maladie de Parkinson, certaines maladies du sang (anémie, leucémie lymphatique), les tumeurs malignes, divers types de troubles hépatiques et la syphilis, qui revendiquent près de 70 pour 100 du total de ces glycosuries chez des malades non endocriniens. D'autre part, plusieurs de ces maladies ont été reconnues ultérieurement à titre de facteurs compliquants chez un certain nombre de glycosuriques qui tout d'abord n'avaient pas été classés dans ces groupes nosologiques.

L'analyse statistique de la série de malades reconnus atteints de troubles fonctionnels (1.200 environ) révèle une proportion semblable de glycosuries, même après soustraction des cas qui présentent les affections non endocriennes reconnues comme significatives en tant que complications secondaires. Si l'on considère les cas endocriniens purs, on trouve la fréquence maximum de la glycosurie dans le groupe surrénal (insuffisance) et le groupe ovarien (insuffisance), puis immédiatement après dans le groupe hypophysaire (hyperfonctionnement et dysfonctionnement, c'est-à-dire insuffisance du lobe antérieur et suractivité du lobe postérieur).

Tous les glycosuriques, à de très rares exceptions près, avaient une glycémie normale et la moyenne de la glycémie dans les divers groupes était dans les limites normales. L'hyperglycémie ne joue donc aucun rôle significatif dans la production de ces glycosuries. Les seuls malades ayant de l'hypoglycémie appartenaient au groupe surrénal.

Chez de nombreux glycosuriques représentant des cas purs, R. et M. ont recherché la tolérance au galactose. La plupart des cas non endocriniens avaient une tolérance diminuée pour cet hexose assez caractéristique. Il en fut de même pour les cas endocriniens. Parmi ceux-ci les deux seuls groupes où existait une augmentation de la tolérance étaient ceux de l'insuffisance thyroïdienne et, plus encore, de l'insuffisance hypophysaire, surtout lorsqu'elle est bilobaire.

D'autre part, la glycosurie se rencontre fréquemment chez les femmes normales enceintes (18 pour 100) sans hyperglycémie corrélative et s'accompagne toujours d'une diminution de la tolérance au sucre, sans aucun indice de participation du pancréas.

En somme, la glycosurie se montre l'aboutissant d'une très grande variété de conditions dont la plupart semblent bien ne pas intervenir pour produire leur effet en influençant le pancréas ni se trouver sous la dépendance de ce dernier. On peut en déduire qu'il existe un certain nombre de facteurs qui prennent part à la régulation du métabolisme hydrocarboné; la régulation exercée par la sécrétion des îlots de Langerhans, bien que la plus importante, est loin d'être la seule.

P.-L. Marie.

BULLETIN of the JOHNS HOPKINS HOSPITAL (Baltimore)

Walter K. Myers et John I. King. *Observations sur la ménopause* : III. *Sensibilité des femmes à la ménopause à l'adrénaline* (*Bulletin of the Johns Hopkins hospital*, tome XLVII. n° 1, Juillet 1930). — Sur 24 femmes en période de ménopause, M. et K. ont étudié la sensibilité à l'adrénaline en pratiquant une injection sous-cutanée de X gouttes d'une solution au millième.

Ils ont observé dans 12 cas une réaction positive marquée par une élévation de la tension artérielle de 10 à 20 mm. de Hg, de la tachycardie, des palpitations, du tremblement. Deux fois survinrent des phénomènes nerveux : faiblesse, frissons ou crise nerveuse.

La ménopause crée donc chez un certain nombre de femmes un état que révèle la réaction positive à l'adrénaline et qui fait songer à une hypersensibilité du système nerveux sympathique.

La réaction marquée à l'adrénaline sous-cutanée se rencontre chez les femmes qui présentent les troubles de la ménopause, de sorte que ceux-ci peuvent être la conséquence de l'irritabilité du système nerveux sympathique.

On ne peut affirmer que la réaction positive à l'adrénaline soit due à l'hyperthyroïdie; cependant le type de réponse obtenue chez ces femmes à la ménopause ressemble beaucoup à la réaction des hyperthyroïdiens comme ceux qui présentent de l'irritabilité cardiaque. La suppression de la sécrétion ovarienne de la ménopause entraîne certainement un trouble dans l'équilibre endocrinien qui suffit à exagérer la sensibilité du système sympathique.

Robert Clément.

REVISTA SUD-AMERICANA DE ENDOCRINOLOGIA INMUNOLOGIA Y QUIMIOTERAPIA (Buenos Aires)

D. Boccia *Les hétérotaxies* (*Revista Sud-Americana de Endocrinologia, Inmunologia y Quimioterapia*, tome XIII, n° 2, Février 1930). — L'hétérotaxie ou transposition congénitale des organes internes constitue une anomalie relativement rare ; son diagnostic est toutefois plus souvent posé, depuis l'application systématique de la radiographie dans les cas douteux. L'électrocardiogramme permet de préciser un point de première importance : la concomitance ou l'absence d'une malformation cardiaque. B. apporte à l'appui de ses dires 3 belles observations avec radiographie et électrocardiogrammes.

En effet, en l'absence de malformations, l'hétérotaxie représente une pure curiosité ; il n'en est plus de même en cas de malformation ainsi que le prouve un des cas relatés par B. où une communication interventriculaire accompagnait l'hétérotaxie. Dans le second cas, la connaissance de l'hétérotaxie avait son importance puisqu'elle avait permis de diagnostiquer une appendicite siégeant à gauche. Le troisième cas, qui était simple, n'a été dépisté qu'à l'occasion d'un examen radiologique nécessité par un traumatisme thoracique.

B. a le bon esprit de ne pas s'appesantir sur les théories pathogéniques dont aucune ne résiste à une critique sérieuse.

M. Nathan.

D. Boccia. *La maladie de Basedow-Flajani à syndrome unilatéral* (*Revista Sud-Americana de Endocrinologia, Inmunologia, Quimioterapia*, tome XIII, n° 4, 15 Avril 1930). — On donne le nom de syndrome de Flajani-Basedow au goitre exophtalmique unilatéral, dont les observations authentiques sont assez rares dans la littérature médicale.

Le cas qui fait l'objet de cette étude est celui d'un jeune sujet dont le diagnostic clinique est évident. Reste à préciser l'étiologie et la pathogénie du syndrome. B. considère que l'origine doit en être attribuée à une sympathite tuberculeuse développée au contact d'un sommet atteint de pachypleurite bacillaire. Mais la maladie s'est révélée à l'occasion d'une violente émotion (on sait que l'étiologie émotive du goitre exophtalmique est assez fréquente). Le sympathique ainsi excité aurait produit une irritation de la glande qui aurait complété le syndrome. Cette idée est assez en harmonie avec celles que défendirent Achard et ses élèves au dernier Congrès de médecine; ils distinguaient assez nettement, malgré l'intrication fréquente de leurs symptômes, l'hyperthyroïdie et l'hypersympathicotonie. La thérapeutique a consisté en l'administration de Lugol associée à la radiothérapie.

M. Nathan.

BOLETIN DEL INSTITUTO DE CLINICA QUIRURGICA (Buenos Aires)

S. Mazza. *Spirochétoses appendiculaires* (*Boletin del Instituto de Clinica Quirurgica*, tome VI, nos 3-4, 1930). — Les spirochètes, l'*eurygyrata* en particulier, provoquent-ils l'appendicite? Voilà la question que se pose M. dans cet intéressant article. Il a à cet effet étudié 394 appendices enlevés chirurgicalement : 38 contenaient des spirochètes eurygyrata. Or les sujets qui en étaient porteurs n'avaient jamais présenté ni diarrhée, ni symptômes intestinaux; jamais ils n'avaient expulsé de parasites.

Les lésions trouvées sur la muqueuse étaient loin de faire la preuve de l'appendicite ; c'étaient des hémorragies folliculaires, de l'infiltration éosinophilique diffuse de la muqueuse, parfois de la fibrose, en somme des altérations banales de coprostase.

Il ne faut donc pas parler d'appendicite spirochétosique, mais d'appendices contenant des spirochètes, ce qui est tout à fait différent.

M. Nathan.

REVUE DES JOURNAUX

LE JOURNAL DE MÉDECINE DE LYON

Ch. Roubier. *Des chances de succès du pneumo-thorax artificiel dans les différentes formes cliniques de la tuberculose pulmonaire.* (*Le Journal de Médecine de Lyon*, tome XI, n° 254, 5 Août 1930). — R, apporte les résultats de sa statistique hospitalière de la pratique du pneumothorax, comprenant 135 cas, échelonnés sur une période de 9 ans.

Les adhérences mettent parfois obstacle à la réalisation d'un collapsus pulmonaire satisfaisant : sur 100 pneumothorax envisagés, 16 environ sont absolument irréalisables en raison d'adhérences irréductibles, le plus souvent imprévisibles.

D'une façon globale, pour les pneumo-thorax remontant à plus d'un an, on trouve 19 pour 100 de résultats très bons, 20 pour 100 de résultats satisfaisants, 60 pour 100 de résultats mauvais ou d'échecs.

Pour les cas traités depuis plus de 5 ans, on trouve 74 pour 100 de décès et sur les 28, 26 pour 100 vivants, 13 pour 100 seulement paraissent guéris.

Un certain nombre d'éléments, tirés de l'allure clinique de la maladie, peuvent permettre, avant d'instituer le pneumothorax, d'apprécier ses chances de succès.

Dans les formes communes, ulcéro- et fibro-caséeuses, si les chances de succès sont plus grandes lorsque l'intervention est précoce, il n'y a là rien d'absolu.

L'existence dans les antécédents d'une pleurésie séro-fibrineuse est de fâcheux augure.

La statistique ne montre pas une différence appréciable dans la proportion des résultats favorables entre les cas rigoureusement unilatéraux et les « unilatéraux douteux ».

Le plus important élément de pronostic est constitué par la tendance évolutive de la maladie:

a) Dans les formes très évolutives, à marche extensive rapide les succès sont rares (16 pour 100), les insuccès fréquents (84 pour 100), la bilatéralisation est précoce dans les 3/4 des cas ;

b) Dans les formes moyennement évolutives, avec poussées séparées de rémission, les résultats sont déjà moins sombres (32,5 pour 100 de succès contre 67,5 d'échecs) ;

c) Les résultats les meilleurs et les plus durables ont été obtenus dans les formes peu évolutives, à allures torpides, qu'elles soient ulcéreuses ou non.

La constatation de signes cavitaires est défavorable, la caverne, entourée de tissu condensé, ne s'affaissant pas et continuant à suppurer.

Les résultats sont meilleurs dans les formes hilaires et juxta-hilaires que dans les formes des sommets et des bases.

Le pneumothorax ne donne aucun résultat dans la pneumonie caséeuse, mais les tuberculoses à début pneumonique peuvent retirer un grand bénéfice de la collapsothérapie. Il faut cependant réserver le pronostic : il n'y a pas 1 chance sur 3 que le résultat éloigné soit favorable.

Dans les formes broncho-pneumoniques, s'il y a quelques beaux succès, ils sont fort rares.

Les formes hémoptoïques sont favorables en général; si le pneumothorax n'a qu'un effet hémostatique dans les formes aiguës, il fournit un grand nombre de résultats favorables dans les formes fibro-caséeuses congestives.

Robert Clément.

S. Bonnamour et P. Berney. *La poussée intestinale évolutive.* (*Le Journal de Médecine de Lyon*, tome XI, n° 252, 5 Juillet 1930). — La tuberculose intestinale secondaire ne présente pas toujours l'évolution classique progressive et sans rémission que l'on observe dans sa face ultime ou dans les formes d'évolution rapide : on observerait assez fréquemment de longues périodes de rémission. Anatomiquement, entre les formes hypertrophiques et la tuberculose ulcéreuse diffuse secondaire se placent, chez les malades à évolution pulmonaire lente et stabilisée, la forme ulcéro-infiltrante et la forme ulcéreuse localisée. Ces formes de début doivent être précocement reconnues sous peine de laisser passer la période chirurgicale de leur évolution qui se fait normalement vers la diffusion des ulcérations.

A ces lésions limitées correspond une symptomatologie souvent très fruste subissant des éclipses plus ou moins longues pendant lesquelles seuls persistent les signes radiologiques.

L'évolution par poussées peut être considérée comme un des caractères les plus fidèles de cette étape localisée de la tuberculose intestinale.

La poussée intestinale évolutive peut présenter l'allure clinique d'une poussée évolutive pulmonaire ou bien celle d'un épisode diarrhéique fébrile. Le premier type est difficile à différencier. La poussée diarrhéique attire au contraire l'attention. La diarrhée après traitement par les sels d'or est un précieux signe d'alarme.

Les poussées cœcales de Burnand sont caractérisées par la soudaineté du début, l'intensité des douleurs et la participation d'un élément péritonéal.

La répétition des accidents par poussées permet d'éliminer une diarrhée banale. L'examen radiologique renseignera sur le siège des lésions et sur leur étendue. On trouve des anomalies de transit qui sont des signes de présomption : soit stase iléale, soit hyperkinésie colique, soit association des deux, soit hypermotricité globale. On peut trouver des images vacuolaires, l'image de Stierlin. des anomalies dans le contour du cæcum dont le bord externe peut être rigide ou dentelé.

L'apparition de la complication intestinale est rare avant la deuxième année de la tuberculose pulmonaire ; on peut l'observer dans toutes les formes. On assiste parfois au réveil de la lésion pulmonaire après un épisode intestinal, mais le plus souvent l'indépendance des deux lésions est frappante.

Le diagnostic précoce de ces formes localisées peut conduire à une intervention curatrice.

Robert Clément.

GAZETTE HEBDOMADAIRE des SCIENCES MÉDICALES DE BORDEAUX

J. Sabrazès. *La dure-mère rachidienne et le tissu adipeux péri-dural dans les méningites cérébro-spinales aiguës* (*Gazette hebdomadaire des Sciences médicales de Bordeaux*, tome LI, n° 29, 28 Juillet 1930). Dans un cas de méningite aiguë pneumococcique chez un jeune homme de 22 ans, ayant évolué en 4 jours, S. a pu faire des constatations anatomo-pathologiques précises grâce à la formolisation par voie abdominale, par voie ethmoïdale et par ponction lombaire, quelques minutes après la mort. Il existait un état congestif de la base du poumon droit, de la congestion rénale, des lésions surrénales et hépatiques ; au niveau de l'encéphale, une méningite pneumococcique typique. Sur la moelle laissée dans sa gaine dure-mérienne ont été pratiquées des coupes d'ensemble. On a constaté, autour de la moelle, qui présentait des lésions de chromatolyse des cellules, que les espaces sous-arachnoïdiens, les racines nerveuses, le tissu arachnoïdo-pie-mérien étaient bourrés de polynucléaires. Le tissu conjonctivo-adipeux péridural était entrecoupé de nombreuses traînées d'exsudats purulents, surtout au pourtour des vaisseaux.

La méningite pneumococcique, si elle est localisée surtout aux espaces sous-arachnoïdiens et aux méninges molles, peut fuser de proche en proche, le long des racines postérieures et antérieures, et s'étendre à travers le tissu adipeux péri-dural jusqu'aux parois du canal osseux rachidien.

Robert Clément.

Ch. Massias. *L'endocardite maligne subaiguë à entérocoque* (*Gazette hebdomadaire des Sciences médicales de Bordeaux*, t. LI, n° 32, 10 Août 1930). — A propos d'une observation personnelle, M. réunit quelques cas d'endocardite subaiguë, qu'on aurait rattachée à une infection à entérocoque.

Le streptocoque n'est donc pas le seul agent pathogène de l'endocardite maligne subaiguë A côté de lui, il faut faire une place à l'entérocoque.

L'endocardite entérococcique subaiguë ou lente a un pronostic fatal. Le diagnostic repose sur la présence, à l'état pur, de ce germe dans le sang, qui est vérifiée par plusieurs hémocultures, et dans les foyers infectieux primitifs ou secondaires.

Il faut pratiquer l'hémoculture de préférence en anaérobiose par le procédé de Boëz. L'identité de l'entérocoque est établie par le polymorphisme des éléments microbiens, la vitalité et la grande résistance du germe, sa conservation très longue dans les milieux usuels, son absence de pouvoir hémolytique, sa résistance à la lyse par la bile. Il faut, bien entendu, faire les épreuves qui permettent d'identifier le pneumocoque et le streptocoque et ne conclure qu'après avoir comparé l'entérocoque isolé à ces germes. Robert Clément.

BULLETIN de la SOCIÉTÉ MÉDICO-CHIRURGICALE DE L'INDOCHINE (Hanoï)

P. Chesneau et Tran-van-Manh. *Un cas d'hémiplégie ascaridienne* (*Bulletin de la Société médico-chirurgicale de l'Indochine*, tome VII, n° 4, Avril 1930). — Un jeune indigène du Laos, âgé de 25 ans, est pris brusquement de frissons avec perte de connaissance, et fait une hémiplégie droite avec contracture en extension, réflexes négatifs, pas de Babinski et hémianesthésie du même côté. Déviation conjuguée de la tête et des yeux ; pas d'aphasie.

L'examen des selles ayant révélé la présence d'ascaris, un traitement par la santonine fit expulser de nombreux vers (une vingtaine au total). La sensibilité et la motilité se rétablirent progressivement en 48 heures et étaient normales 4 jours après. La démarche fut cependant entravée pendant 2 semaines par une talalgie très vive.

C. et T. attribuent cette hémiplégie transitoire chez un sujet indemne de syphilis à une intoxication de certaines cellules de l'axe cérébro-spinal par les toxines produites par les helminthes.

Robert Clément.

MEDIZINISCHE KLINIK (Berlin, Prague, Vienne)

C. E. Schuntermann. *Observations cliniques et thérapeutiques sur 650 cas environ de pneumonie.* (*Medizinische Klinik*, tome XXVI, n° 22, p. 84, 30 Mai 1930). — S. rapporte les résultats des statistiques recueillies à la clinique du professeur A. Böttner, à Königsberg. Cette statistique porte sur 650 cas, dont 467 de pneumonie franche non compliquée. La mortalité varie, selon les périodes,

de 8,6 à 15,3 pour 100. Les autres statistiques de la littérature fournissent des chiffres variables de 5 à 35 pour 100. Les cas sont surtout fréquents pendant les quatre premiers mois de l'année; leur fréquence va ensuite en diminuant. S. insiste sur le rôle que jouent, à cet égard, les refroidissements brusques, dont il étudie les conditions dans le rude climat de la Prusse orientale. Les statistiques mettraient en évidence une fréquence beaucoup moins grande de la pneumonie chez les vieillards, qui devraient se mettre à l'abri de ces refroidissements! Elles vérifient l'atteinte plus fréquente des lobes inférieurs, et en particulier du lobe inférieur droit, (35,1 pour 100 sur le lobe inférieur droit, 34,2 pour 100 pour le lobe inférieur gauche), enfin la mortalité relativement plus élevée et surtout des pneumonies des lobes supérieurs.

Dans le traitement de la pneumonie, l'indication majeure est le repos physique et moral. Il est donc essentiel de combattre par tous les moyens, et au besoin par la morphine, le point de côté, la toux pénible, l'agitation motrice, le délire; il faut assurer le sommeil; la dyspnée pourra être soignée par la lobéline.

Il faut ensuite chercher à combattre l'intoxication, ainsi que la dépression du cœur et des vaso-moteurs; 2 signes sont à surveiller, qui ont une grande importance pronostique : le météorisme, qu'il faut empêcher de se développer en assurant des évacuations intestinales régulières, et l'abaissement de la tension artérielle. Si l'on constate celle-ci, il convient de donner la digitale à la fois intraveineuse, intramusculaire et sous-cutanée. Son indication est surtout précieuse dans les pneumonies ambulatoires, qui sont d'un pronostic particulièrement sévère.

Les enveloppements froids sont réservés aux cas d'hyperthermie. La sérothérapie, la vaccinothérapie, les médications de choc ne présenteraient pas d'avantages.

Par contre, Böttner a employé largement la quinine, non pas sous forme d'optochine, qui peut donner lieu à des accidents oculaires, mais sous forme de transpulmine (dans les formes légères), et surtout de quinine-uréthane ou de Solvochine. Ces produits n'ont jamais donné d'accident. Habituellement, Böttner fait deux cures de quinine-uréthane en injection intramusculaire matin et soir, ou une injection de Solvochine chaque jour. Mais ces doses peuvent être modifiées : on peut les dépasser aux stades de début, et lorsque la tension est élevée; au contraire, une chute de la tension artérielle doit faire suspendre le traitement; aussi est-il nécessaire de suivre l'évolution de la tension artérielle plusieurs fois par jour. Il faut se méfier, en effet, de l'action dépressive de la quinine sur le cœur. L'efficacité thérapeutique de la quinine serait due, d'après S., à son action inhibitrice sur la mobilisation leucocytaire et sur les réactions fébriles. Elle serait d'autant plus nette que la médication est instituée à un stade plus précoce. C'est donc dès les premiers jours de la pneumonie qu'il faut faire les injections de quinine : celles-ci, dans ces conditions, exercent souvent une action abortive tout à fait remarquable. Plus tard, l'efficacité de la quiuine est plus discutable.

Sur 467 cas de pneumonie franche, 300 ont été traités par la quinine, 167 ont été soignés sans qninine. Si on met à part les enfants et les cas pris en traitement *in extremis*, la mortalité atteint 15,3 pour 100 chez les malades qui n'ont pas eu de quinine, alors qu'elle ne dépasse pas 8,6 pour 100 chez les pneumoniques qui ont reçu des injections de quinine. Par contre, chez les premiers, il s'est produit des complications dans 10,2 pour 100 des cas, alors que chez les seconds, la proportion a atteint 21,5 pour 100; les récidives de pneumonie seraient également plus fréquentes chez ces derniers. Ces complications devraient être attribuées à l'institution trop tardive du traitement.

J. Mouzon.

KLINISCHE WOCHENSCHRIFT

(*Berlin, Francfort, Münich, Vienne*)

Otto Mengler. ***L'épreuve de la résistance mécanique des capillaires cutanés dans les diathèses hémorragiques*** (*Klinische Wochenschrift*, tome IX, n° 28, 12 Juillet 1930). — Pour M., l'épreuve de Rumpel-Leede, pas plus que la percussion avec un marteau (Schultz), ou que la piqûre avec une aiguille (Koch), ne permet d'apprécier exactement la résistance des capillaires. M. a donc repris la méthode de Hecht en la modifiant et en tenant compte des 4 facteurs qui interviennent : la région du corps, la hauteur de la pression négative, la grandeur de la surface et la durée de l'application. Il utilise pour cela des verres à ventouses dont il vaseline les bords et qui présentent un embout latéral auquel on peut rattacher un manomètre à mercure et une seringue ordinaire bien étanche. En général, M. préfère utiliser simultanément deux verres à ventouses réunis par un tube en T de manière à pouvoir pratiquer l'épreuve sur deux endroits à la fois ou encore, pour remplacer le manomètre, sur deux personnes à la fois dont l'une est considérée comme normale.

En général, on a adopté une diminution de pression déterminée pour gagner du temps. C'est ainsi qu'au niveau de la fosse sous-claviculaire, une pression de —10 cm. de mercure provoque presque régulièrement des pétéchies. Au niveau du ventre, entre l'ombilic et le sternum, il faut une pression de —20 cm. pour obtenir un résultat analogue. Au niveau du bras et de l'avant-bras, il en est à peu près de même; mais la face interne se montre toujours plus sensible que la face externe. Au niveau du membre inférieur, il faut des pressions de —20 à —40 cm. pour faire apparaître des hémorragies sous-cutanées.

Chez une malade atteinte de purpura de Henoch intermittent, on a constaté un parallélisme caractéristique entre la résistance des capillaires cutanés et l'apparition ou la disparition des hémorragies rénales, intestinales ou génitales.

P.-E. Morhardt.

Karl Hofer. ***Contribution à la xanthomatose de la dure-mère et des os craniens*** (*Klinische Wochenschrift*, tome IX, n° 28, 12 Juillet 1930). — L'observation de ce travail concerne un enfant qui a été examiné d'abord en 1926. Il avait alors 7 ans, et l'apparence d'un hydrocéphale; on constate des tumeurs sur le crâne qui existent depuis l'âge de 4 ans et, en même temps, des lacunes à bord net dans les os du crâne, notamment derrière l'oreille La peau présente, en outre, une éruption qui est considérée comme un lichen scrophulosorum et pour laquelle on traite l'enfant par l'huile de foie de morue, l'arsenic et les ultra-violets. L'éruption est ainsi rapidement guérie.

Ultérieurement, H., en étudiant la question de la xanthomatose, constate que cet enfant devait présenter le syndrome de Christian et il l'étudie de nouveau; depuis le premier examen, il est devenu à peu près sourd; il a 10 ans et mesure 107 cm. et pèse 20,5 kilogr. Le crâne est d'une grandeur anormale (56,5 cm. de circonférence), avec des proéminences osseuses alternant avec des dépressions. Dans une de ces dépressions, on trouve une cicatrice au niveau de laquelle existe une lésion xanthomateuse : infiltration lobulaire avec fin réseau vasculaire. L'enfant présente de l'exophtalmos à gauche. La peau est cyanosée, surtout aux extrémités. Sur tout le corps, on observe des dilatations veineuses. La poitrine et le ventre, de même que le front, ont une coloration brun jaune frappante.

Une radiographie faite lors du premier examen a montré un crâne « en carte géographique » dans laquelle alternent des régions où l'os est absent avec des régions (toit de l'orbite, sphénoïde) où il est marmoréen. Une nouvelle radiographie, faite en 1930 montre que l'ossification s'est complétée en ce qui concerne le crâne, mais que le sphénoïde est toujours très opaque. L'urine atteint un volume de 15 litres par 24 heures. Son poids spécifique ne s'élève pas toujours à 1002. On trouve 238 milligr. de cholestérine dans 100 cmc de sérum. Dans la moelle osseuse, on constate une très petite quantité de cellules qui font penser à une xanthomatose mais qui sont peu caractéristiques. Une biopsie pratiquée au niveau de la lésion cranienne montre des cellules xanthomateuses typiques. La culture du tissu *in vitro* a pu être conservée pendant 8 jours et a présenté un temps de latence assez court de 5 à 7 jours. Les cellules xanthomateuses paraissent bien, en ce cas, provenir du réticulo-endothélium.

Jusqu'ici, il a été décrit 15 cas de ce genre dont un, celui de Herzenberg, a été considéré d'abord comme une maladie de Niemann-Pick. Les rapports du syndrome de Christian avec la maladie de Gaucher et celle de Niemann-Pick ont d'ailleurs été étudiés par Rowland. Le sexe masculin a été atteint 10 fois sur 15. L'hyperplasie du réticulo-endothélium de la dure-mère et des os craniens entraîne des compressions de l'hypophyse avec diabète insipide et nanisme consécutif. D'autres os peuvent être pris, mais ce n'était pas le cas dans l'observation de H. Une cholestérinémie exagérée a été constatée dans certains cas.

La guérison est survenue spontanément dans le cas de Rowland. Cependant une thérapeutique active n'est pas connue. H. s'est borné à donner de l'huile de foie de morue et de l'arsenic. Mais, chez son patient, la maladie progresse puisque l'oreille témoigne d'une lésion des deux os pétreux qui n'existait pas encore lors du premier examen.

P.-E. Morhardt.

B. Fell. ***Néphrose et glycémie critique*** (*Klinische Wochenschrift*, tome IX, n° 28, 12 Juillet 1930). — F. a étudié, dans un certain nombre de cas de néphrose, le seuil rénal pour le sucre au sujet duquel les constatations faites par les divers auteurs sont assez variables, en partie, parce qu'on a administré le sucre par la bouche, ce qui fait intervenir des facteurs complexes.

F. a administré 30 centigr. de dextrose par kilogramme de poids du corps, par injections intraveineuses d'une solution à 30 pour 100. La glycémie était déterminée immédiatement avant l'injection, puis 5 minutes après et enfin de 10 minutes en 10 minutes. D'autre part, une sonde à demeure permettait de fixer le début et la fin de la glycosurie en dosant le sucre sur l'urine préalablement désalbuminée.

La glycémie critique a été trouvée chez des malades beaucoup plus élevée que chez les individus normaux : tandis que, normalement, le seuil rénal pour le sucre oscille entre 155 et 165 milligr. pour 100 gr., dans les 7 cas de néphrose étudiés par F., elle a varié de 192 à 264 avec une moyenne de 224 milligr. pour 100 gr. Ces variations importantes s'expliquent sans doute par le fait que tous les cas de néphrose ne sont pas superposables.

Cependant la chute de la glycémie n'était pas retardée chez ces malades. Dans un seul cas, on a constaté encore au bout de 35 minutes, une glycémie de 228 alors que, normalement, à ce moment-là, le sucre du sang est au-dessous de 200 comme dans les 6 autres cas de néphrose observés par F.

P.-E. Morhardt.

THE LANCET

(*Londres*)

G. W. Theobald. ***La pression causée par les tumeurs abdominales*** (*The Lancet*, vol. CCXVIII, n° 5565, 26 Avril 1930). — T. démontre, à l'aide de nombreux exemples, que les tumeurs abdomi-

nales volumineuses peuvent produire de l'albuminurie : ceci afin de soutenir une théorie de l'éclampsie dans laquelle l'albuminurie serait une simple coïncidence. Malheureusement, dans tous les cas cités par lui, cette albuminurie s'accompagnait de pyurie, et il s'agissait sans doute de pyélonéphrite favorisée par la compression urétérale, ce qui enlève toute valeur à sa théorie

R. Rivoire.

Douglas Hubble. *Angine de poitrine et lésions des coronaires* (*The Lancet*, vol. CCXVIII, n° 5565, 26 Avril 1930). — La pathogénie de l'angine de poitrine, bien qu'encore incertaine, s'est cependant nettement précisée depuis quelques années. En particulier, le symptôme d'infarctus du myocarde a été isolé et séparé de l'angine de poitrine vraie.

H. passe en revue les trois principales théories pathogéniques qui font dériver l'angine d'une lésion coronarienne, aortique et myocardique, et les examine à la lueur des données récentes de la cardiologie.

La théorie coronarienne, qui fut la première en date, a repris une importance capitale ces dernières années. La description du syndrome d'infarctus coronarien, tout en précisant les différences entre les deux affections, a cependant montré que l'analogie considérable des symptômes répondait probablement à un mécanisme voisin. Mais deux objections fondamentales persistent à l'encontre de la théorie coronarienne : le fait que des malades dont l'autopsie a révélé l'existence de lésions étendues des coronaires n'ont jamais eu d'histoire angineuse (bien que l'étude des anastomoses coronariennes résolve partiellement cette question) et surtout l'existence indiscutable d'angor, sans aucune lésion coronarienne. C'est pour expliquer ces faits qu'on a émis l'hypothèse d'un spasme artériel; malheureusement, ce n'est qu'une hypothèse, qu'aucune expérience n'est venue renforcer : au contraire, le fait que la vaso-constriction des coronaires est due à une excitation du vague est contraire à la théorie du spasme, puisque aucune bradycardie n'accompagne d'ordinaire la crise d'angor.

La théorie aortique de l'angine de poitrine est à l'heure actuelle beaucoup discutée, bien que Weuckebach s'y soit dernièrement rallié. En fait, si le syndrome angineux coexiste souvent avec une lésion aortique, en particulier aortite syphilitique ou insuffisance aortique, ou athérome, il s'agit probablement d'une coïncidence, la même affection, souvent la syphilis, étant responsable des lésions aortiques et des lésions vasculo-myocardiques qui produisent l'angor. D'ailleurs, les cas sont nombreux d'angor sans lésions aortiques ou d'affections de l'aorte non compliquées d'angine.

La théorie myocardique de l'angor est actuellement la plus en faveur en Angleterre et en Amérique : le syndrome angineux serait dû à une anoxémie temporaire du muscle cardiaque, insuffisamment irrigué par des artères coronaires partiellement oblitérées. Au repos, l'oxygène arrivant en quantité suffisante, pas de douleur. Dès que le cœur fait un effort, l'anoxémie apparaît, d'où crise douloureuse qui disparaît au repos à nouveau. Un phénomène en somme analogue à la claudication intermittente de l'artérite des membres inférieurs. Cette théorie explique de façon satisfaisante l'angor de l'insuffisance aortique qui serait due à une baisse de la pression sanguine dans les coronaires, vérifiée dans l'insuffisance aortique expérimentale chez le chien. De même, l'angine observée au cours de l'anémie pernicieuse, qui diminue d'intensité, puis disparaît au fur et à mesure que l'anémie s'améliore. Quant à la mort subite, elle est due à une fibrillation auriculaire, qui s'observe dans l'anoxémie myocardique, en particulier par ligature des coronaires.

Par opposition au syndrome angineux, le syndrome d'infarctus du myocarde est dû à une obstruction totale d'une branche de la coronaire : d'où anoxémie totale, et douleur spontanée, douleur de décubitus, sans effort.

R. Rivoire.

Yas Kuno (Montzden). *Signification de la transpiration chez l'homme* (*The Lancet*, vol. CCVIII, n° 5565, 26 Avril 1930). — K. a entrepris toute une série d'ingénieuses expériences pour étudier la topographie, l'intensité et la signification physiologique de la transpiration. Il a pu ainsi distinguer deux types différents de sueur : la transpiration du corps, qui apparaît exclusivement à l'occasion d'une élévation de la température ambiante, et dont le rôle essentiel est certainement de régulariser la température ; d'autre part, la transpiration de la paume des mains et de la plante des pieds, qui est tout à fait spéciale, qui apparaît, non à l'occasion de la chaleur, mais au cours de l'effort intellectuel ou des émotions. Cette transpiration « mentale » est destinée sans doute à faciliter le travail physique, car elle s'observe dans toutes les variétés de mammifères; en outre, elle a un rôle protecteur sur la peau des mains et des pieds, qui, grâce à cette sécrétion continue, garde une souplesse parfaite malgré ses contacts incessants avec le milieu extérienr.

R. Rivoire.

O. Leyton. *Le diagnostic du diabète sucré* (*The Lancet*, vol. CCXVII, n° 5570, 31 Mai 1930). — Après 15 ans d'étude sur le diabète, L. a acquis la conviction que beaucoup de malades étiquetés diabétiques n'en sont pas, et que leur santé serait meilleure si, au lieu de les soigner, on leur laissait manger ce qu'ils veulent. Pour lui, il est donc essentiel de différencier précocement un véritable diabète progressif d'une glycosurie hyperglycémique non progressive.

En présence d'une glycosurie, il faut d'abord s'assurer, par le dosage de la glycémie, qu'il s'agit bien d'une glycosurie hyperglycémique, et non d'une glycosurie rénale hypoglycémique, par abaissement du seuil rénal.

Beaucoup plus difficile est la différenciation entre les deux variétés décrites de glycosurie hyperglycémique. Le diagnostic de diabète vrai est cependant facile lorsque les symptômes cardinaux sont apparus : polyurie, polydypsie, etc. Mais le diagnostic doit être fait plus tôt, car c'est au début seulement qu'il est possible d'observer de véritables guérisons par le traitement.

L. n'attache pas une grande importance au test de la tolérance au sucre : c'est une épreuve fallacieuse, dont les résultats peuvent être altérés par de multiples facteurs, tels que l'absorption d'alcool, le jeûne, l'émotion, etc.

Dans l'absence de symptômes cardinaux, un diagnostic de véritable diabète sucré sera posé si, après un jeûne de 24 heures, la concentration du sucre dans le sang dépasse 0,2 pour 100, ou si, après l'administration de 50 gr. de dextrose, la glycémie dépasse 0,3, et reste au-dessus de 0,2, plus de 3 heures. Si les chiffres obtenus sont légèrement inférieurs, le malade sera laissé 6 semaines à un régime normal, et l'on recommencera les mêmes épreuves, et, une troisième fois, 3 mois après; si les chiffres augmentent progressivement, on pourra poser avec certitude le diagnostic de diabète; s'ils restent stationnaires ou diminuent, on diagnostiquera une glycosurie constitutionnelle et on laissera le sujet libre de manger ce qui lui plaît.

Une autre méthode consiste à injecter, par voie sous-cutanée, une petite dose de toxines microbiennes, par exemple du T. A. B; celle-ci produit, chez le véritable diabétique, une hyperglycémie, alors qu'elle reste sans effet chez un faux diabétique.

R. Rivoire.

H. Gordon. *Etude du virus filtrant de la psittacose* (*The Lancet*, vol. CCXVII, n° 5570, 31 Mai 1930). — Il ne fait plus de doute, à l'heure actuelle, que la psittacose soit due à un virus filtrant, de nombreuses expérimentations ayant reproduit la maladie chez diverses races d'oiseaux en inoculant soit du sang de malade atteint de cette affection, soit des suspensions de tissus de perroquets malades; cette inoculation est positive dans tous les cas, même après filtration, ce qui élimine la possibilité d'un microbe.

G. a transmis la maladie en série à des souris, en partant de sang humain infecté et des perroquets morts : la souris s'est révélée un animal très sensible au virus, surtout après passage par les oiseaux. Le virus des perroquets s'est montré beaucoup plus virulent que celui de l'homme, cette virulence ne s'atténuant pas après 15 passages, alors que le virus humain cesse d'être pathogène au 4e ou 5e passage.

Des inoculations intracérébrales de virus ont montré l'affinité neurotique de celui-ci, cette inoculation étant suivie de paralysie et de mort rapide. Ces caractères semblent rapprocher le virus psittacosique de celui de l'herpès.

R. Rivoire.

J. H. Sequeira. *La réactivation de la syphilis par le traitement* (*The Lancet*, vol. CCXVIII, n° 5573, 21 Juin 1930). — S. commente et résume le récent livre de Milian, *Le Biotropisme*, abondant dans le sens de l'auteur. Il conclut en attirant l'attention sur le danger des petites doses de novarsénobenzol encore trop utilisées en Angleterre, et soutient qu'il vaut mieux laisser sans traitement un syphilitique ancien, même si son Wassermann est positif, que de le soumettre à un traitement dangereux; d'autant plus que nous n'avons aucun traitement qui nous permette d'éliminer l'apparition des complications nerveuses; et l'auteur termine en citant la statistique de Brunsgaard, qui n'a trouvé que 0,6 pour 100 de paralytiques généraux parmi les syphilitiques non traités, alors qu'il en a compté 4 pour 100 parmi les syphilitiques traités, statistique véritablement troublante, et qui doit faire réfléchir tout médecin syphiligraphe.

R. Rivoire.

THE JOURNAL of the AMERICAN MEDICAL ASSOCIATION (Chicago)

P. O'Leary et L. Brunsting (Rochester). *Le traitement non spécifique de la syphilis* (*Journal of the American medical Association*, t. XCIV, n° 7, 15 Février 1930). — Depuis 1924 jusqu'à Avril 1929, O'L. et B. ont traité par la radiothérapie 509 malades atteints de formes diverses de syphilis nerveuse. En outre, 140 malades furent inoculés par le *Plasmodium vivax* sans que le paludisme se développât. Les sujets sur lesquels la médication eut le plus d'action furent ceux qui présentaient des signes précoces de paralysie générale ou un tableau de pseudo-paralysie générale, ou surtout des cas de syphilis nerveuse purement humorales sans signes cliniques et dont la formule ne variait que par les traitements spécifiques. Parmi les 24 premiers malades traités, et dont l'observation remonte à 1925, 10 sont encore aujourd'hui en complète rémission, 5 n'ont que peu ou point progressé, 4 sont morts, et 5 ont été perdus de vue.

Les réactions sérologiques, selon O'L. et B., ne peuvent suffire à juger des effets du traitement; c'est l'enquête clinique, surtout, qui peut donner les renseignements les plus précis à cet égard. D'une façon générale, les signes organiques de la paralysie générale, indiquant une lésion destructive et persistante du parenchyme nerveux, ne sont pas influencés par le traitement malarique. En d'autres termes, plus le processus est à prédominance méningée, meilleur est le résultat.

Les cas personnels de O'L. et B., de même que

ceux qui sont cités dans la littérature consacrée à cette question, montrent que la durée de l'existence des paralytiques généraux est augmentée par la malariathérapie, même en l'absence de rémission complète.

O'L. et B. ont tenté de substituer à la malariathérapie un traitement par le vaccin antityphoïdique, mais les résultats ainsi obtenus sont moins constants et moins durables.

PIERRE-NOEL DESCHAMPS.

J. Brougher (Vancouver). *Le viostérol (ergostérol irradié) dans le traitement de la tétanie parathyroïdienne* (*Journal of the American medical Association*, t. XCIV, nº 7, 15 Février 1930). — B. a institué un traitement par le viostérol (ergostérol irradié) chez 5 sujets ayant présenté des symptômes de tétanie à la suite de thyroïdectomie subtotale pour goitre. Dans tous les cas, le viostérol a augmenté le taux de la calcémie et atténué ou fait disparaître les symptômes de tétanos.

B rapporte 3 observations analogues.

En ce qui concerne la posologie, dans ses 5 cas, il associa le viostérol à l'extrait parathyroïdien de Collip, à l'huile de foie de morue et au $CaCl^2$ intraveineux. La dose quotidienne de viostérol était de IV gouttes une fois par jour à VI gouttes deux fois par jour. Chez deux malades, la tétanie était apparue à la suite de la thyroïdectomie, à l'occasion de la grossesse, et elle ne reparut plus après l'accouchement. PIERRE-NOEL DESCHAMPS.

H. Gersterberger, J. Hartman, G. Russell (Cleveland) et T. Wilder (Philadelphie). *L'étiologie de la spasmophilie infantile* (*Journal of the American medical Association*, tome XCIV, nº 8, 22 Février 1930). — D'une série d'études faites sur des enfants rachitiques soumis à divers traitements antirachitiques, B., H., R. et W. tirent les conclusions suivantes :

3 facteurs sont essentiels pour le développement de la spasmophilie : 1º le rachitisme; 2º l'exposition des enfants rachitiques à l action d'un facteur antirachitique à un degré suffisant pour produire une régression de la maladie; 3º l'interruption ou l'insuffisance de cette action antirachitique.

C'est ainsi que B., H. et R. ont pu voir se développer un état spasmophilique à la suite d'une interruption de traitement chez deux enfants soumis à l'héliothérapie, et chez un troisième à la suite d'un traitement insuffisant par du lait humain possédant des propriétés antirachitiques.

Les deux enfants dont il s'agit étaient exposés chaque jour à l'action du soleil traversant une vitre de verre plus perméable aux rayons ultra-violets que le verre à vitre ordinaire.

Le 3e enfant avait été nourri avec le lait d'une femme ayant suivi un traitement héliothérapique. Le lait en question avait un pouvoir antirachitique, mais celui-ci était insuffisant, et le résultat obtenu fut le même qu'à la suite d'une interruption de traitement. PIERRE-NOEL DESCHAMPS.

W. Westan (Columbia). *Les facteurs alimentaires autres que la vitamine D dans le rachitisme* (*Journal of the American medical Association*, tome XCIV, nº 8, 22 Février 1930). — Tous les facteurs alimentaires concernant l'étiologie du rachitisme sont encore aujourd hui mal connus. En particulier, on ignore les rapports entre les vitamines et les corps minéraux qui entrent dans la composition des aliments, et l'importance plus ou moins grande du rôle de la déficience de ceux-ci dans l'étiologie du rachitisme.

C'est ainsi que le fer, peut-être le manganèse, le cuivre et le cobalt sont emmagasinés dans le foie du fœtus durant les premiers mois de la grossesse. L'anémie est fréquente chez les enfants prématurés et chez les jumeaux, et le taux de l'hémoglobine est toujours abaissé chez les rachitiques.

Les protéines et les graisses d'origine animale apparaissent comme un facteur important dans le développement du rachitisme. On a souvent observé que, lorsque le régime comporte beaucoup de produits animaux, le rachitisme est rare, même inexistant. C'est ainsi que, pour cette raison, le rachitisme est inconnu dans l'Ouest de l'Irlande (Mellanby). Mac Callum a remarqué également l'influence antirachitique de l'usage du lait et de la viande. W. cite même les observations de Burton, qui a remarqué la fréquence du rachitisme et de la carie dentaire en Irlande où l'on se nourrit de céréales.

De même, on a invoqué le rôle de l'iode, du phosphore, du calcium, de l'anhydride carbonique. La pathogénie du rachitisme doit donc être éclectique. PIERRE-NOEL DESCHAMPS.

H. Connor (Rochester). *La nature héréditaire de l'anachlorhydrie dans l'anémie pernicieuse* (*Journal of the American medical Association*, tome XCIV, nº 9, 1er Mars 1930). — C. a étudié l'acidité gastrique de 154 parents chez 109 sujets atteints d'anémie pernicieuse. De cette étude il tire la conclusion suivante :

L'achylie gastrique est un caractère pour ainsi dire constant de l'anémie pernicieuse. Celle-ci précède, dans certains cas, l'apparition du syndrome anémique de plusieurs mois ou même plusieurs années. D'autre part, un certain nombre d'observations prouvent que l'anémie pernicieuse a, dans une certaine mesure, un caractère héréditaire et familial. Il était donc intéressant d'étudier si l'anachlorhydrie n'est pas un caractère héréditaire, pouvant se retrouver chez les parents des sujets atteints. Des statistiques étendues et précises apportées par C. il résulte que l'anachlorhydrie s'observe plus fréquemment chez les parents par le sang des sujets anémiques que chez les sujets normaux ou chez les sujets atteints d'affections diverses ou plus spécialement d'affections gastro-intestinales. Dans le premier cas la proportion est de 25 p 100, dans le deuxième cas, de 15 p. 100 seulement.

L'anachlorhydrie elle-même n'est pas héréditaire, mais la tendance à un développement plus ou moins précoce paraît bien être un facteur héréditaire. Chez les parents des anémiques, l'anachlorhydrie ne s'observe que dans 15 pour 100 des cas avant 40 ans, et dans 42 pour 100 passé cet âge. Il y a un argument en faveur de l'existence d'un facteur familial et héréditaire à l'origine de bien des cas d'anémie pernicieuse.

PIERRE-NOEL DESCHAMPS.

Meader (Détroit). *La prophylaxie de la scarlatine ; emploi du sérum de sujets guéris de scarlatine* (*Journal of the American medical Association*, tome XCIV, nº 9, 1er Mars 1930). — L'emploi de sérum de sujets anciennement atteints de scarlatine se fait aujourd'hui, aux Etats-Unis, sur une grande échelle Aussi M. a-t-il pu étudier, d'après une importante statistique, les effets de cette méthode. Chez 450 sujets ayant été en contact avec des scarlatineux, il a injecté 7 cmc 1/2 de sérum de sujets ayant eu la scarlatine au minimum une année auparavant et après 6 mois de conservation *in vitro*. 3 pour 100 des sujets ainsi inoculés contractèrent la scarlatine, tandis que les sujets mis en contact avec des scarlatineux et n'ayant pas reçu de sérum contractèrent la scarlatine dans une proportion de 15 pour 100. On peut donc admettre que 85 pour 100 des sujets inoculés furent protégés contre l'infection. L'immunité en question ne paraît pas se prolonger au delà de 3 ou 4 semaines.

Cette méthode de prophylaxie est particulièrement indiquée chez les enfants du premier et du second âge exposés à la scarlatine, ainsi que pour les sujets débiles. D'autre part, elle est d'un grand intérêt pour protéger les collectivités de la contagion. PIERRE-NOEL DESCHAMPS.

H. Williams (Albany). *Intoxication non mortelle par les composés cyanhydriques vraisemblablement causée par une poudre à polir les métaux* (*Journal of the American medical Association*, tome XCIV, nº 9, 1er Mars 1930). — En 1928 et 1929, un certain nombre de cas d'intoxication à type de toxi-infection alimentaire ont été signalés dans divers hôtels des Etats-Unis. On s'aperçut qu'on ne pouvait incriminer l'alimentation, mais une poudre à polir l'argenterie employée dans ces divers établissements et contenant plus de 20 pour 100 de cyanure de sodium.

W., qui souffrit lui-même de ladite intoxication, fait une revue d'ensemble des intoxications curables dues à des composés cyanhydriques. Dans tous les cas, les signes intestinaux dominent et le premier diagnostic porté fut celui d' « intoxication alimentaire » ou d' « empoisonnement par les ptomaïnes ». La suppression de la poudre à polir incriminée fit disparaître les cas d'intoxication dans les hôtels ou restaurants où ils avaient été signalés. Des mesures d'hygiène ont été prises à cet égard dans divers Etats des Etats Unis, et l'attention des médecins a été attirée sur ces faits.

PIERRE-NOEL DESCHAMPS.

H. Redewill, J. Potter et H. Garrison (Washington). *Le côlon foyer d'origine des infections pyélitiques, cystiques et prostatiques* (*Journal of the American medical Association*, tome XCIV, nº 10, 8 Mars 1930). — L'étude de nombreux malades a permis à R., P. et G. de reconnaître l'origine gastro-intestinale de bien des affections de l'appareil génito-urinaire. L'auto-intoxication gastro-intestinale est une entité clinique, consécutive à de nombreux cas de constipation et de stase intestinale. Le côlon constitue un foyer d'infection qui joue un rôle important dans le déterminisme de nombre de cas d'infection non gonococciques des organes génito-urinaires. Il est donc du plus haut intérêt de traiter préventivement celles-ci en modifiant le foyer infectieux. Au point de vue thérapeutique, la flore intestinale bactérienne peut être modifiée par divers procédés : 1º soit en réglant le régime; 2º soit en administrant *per os* des cultures de bacille lactique ou du ferment lactique sous la forme de yoghourth, etc. ; 3º soit par l'emploi de lavages intestinaux au moyen de cultures atténuées de coli-bacille constituant une vaccination locale ; 4º soit par des irrigations ou lavements contenant des substances antiseptiques.

Il n'est pas inutile de faire remarquer que l'article en question ne fait que confirmer (sans d'ailleurs faire aucunement état des travaux français), des notions depuis longtemps classiques chez nous, où, notamment, les travaux de Heitz Boyer sur le *syndrome entéro rénal* sont connus de tous.

PIERRE-NOEL DESCHAMPS.

L. Charlton Knox (New-York). *La radiothérapie des affections de l'amygdale* (*Journal of the American medical Association*, tome XCIV, nº 10, 8 Mars 1930). — C. K. étudie les indications et les résultats de la radiothérapie des affections amygdaliennes, notamment au point de vue de la prévention du rhumatisme articulaire aigu (on sait combien l'infection rhino-pharyngée joue, pour les Américains, un rôle important dans l'étiologie de cette affection). C. K. aboutit aux conclusions suivantes :

En principe, l'irradiation des amygdales ne doit pas se substituer à la tonsillectomie des enfants rhumatisants, qu'ils soient ou non atteints d'endocardite. Mais le traitement en question peut remplacer avec avantage l'intervention chirurgicale, quand l'opération est rendue impossible par l'intensité du processus rhumatismal ou l'importance des complications cardiaques.

La radiothérapie est contre-indiquée dans l'amygdalite aiguë banale, de même que dans les angines leucémiques, l'angine de Vincent, celle qui est

d'origine syphilitique, l'angine scarlatineuse ou diphtérique. L'abcès de l'amygdale ne doit pas non plus être traité par les rayons X. Enfin, la sinusite chronique doit également faire écarter la radiothérapie. Par contre, les rayons Rœntgen sont un important agent thérapeutique pour le traitement des amygdalites chroniques ou à rechutes, des « adénomes amygdaliens », de la pharyngite ou de la bronchite hypertrophique des enfants et des adultes. Les sujets qui souffrent de fréquents maux de gorge sont considérablement amendés par les irradiations et chacune de leurs crises aiguës se trouve atténuée.

La méthode de choix est l'irradiation faiblement pénétrante, à raison de 4 à 8 séances, une toute les semaines environ. PIERRE-NOEL DESCHAMPS.

K. **Menninges**. ***Amélioration des maladies mentales par l'influenza, d'après 6 observations*** (*Journal of the American medical Association*, tome XCIV, n° 9, 2 Mars 1930). — Dans un très court article, M. rapporte 6 observations de syndromes mentaux améliorés par une attaque d'influenza.

Mais, de ces cas concernant des épileptiques, l'un avait trait à un état de manie chronique. Chez un autre malade, il s'agissait de migraine et, chez les derniers, d'idiotie. A ce propos, M. passe en revue les cas semblables relevés dans la littérature.

PIERRE-NOEL DESCHAMPS.

A. **Kraetza** (New-York). ***Association de maladie de Raynaud et de rétention arsenicale chronique; guérison par le thiosulfate de sodium*** (*Journal of the American medical Association*, t. XCIV, n° 14, 5 Avril 1930). — L'auteur rapporte une observation de maladie de Raynaud typique, dont l'étiologie était une intoxication arsenicale chronique. Le sujet avait en effet été exposé, pendant un temps très long aux effets d'un insecticide à base d'arsenic. Le dosage de l'arsenic fut fait dans les urines par la méthode de Marsh. Le traitement par le thiosulfate de sodium amena une rapide sédation des accidents. Voici quelle en fut la posologie : 1 gr. de thiosulfate de sodium 2 fois par semaine, du 7 Octobre au 14 Novembre 1929; puis une seule dose du produit par semaine. En même temps le patient était soumis à un régime réduit en hydrocarbure, auquel s'ajouta la prise de 0,016 milligr. d'extrait thyroïdien 2 fois par semaine.

Les symptômes classiques de l'intoxication arsenicale chronique se retrouvaient d'ailleurs chez le malade : eczéma récidivant, pâleur de cire, injection conjonctivale, odeur alliacée de la sueur.

L'intoxication arsenicale représente donc une des multiples causes de la maladie de Raynaud : aussi faut-il penser à la rechercher dans des cas semblables. PIERRE-NOEL DESCHAMPS.

J. **William** (Rochester). ***Réactions allergiques de l'insuline; relation d'un cas montrant une réaction allergique grave, à type gastro-intestinal, à la suite d'injection d'insuline*** (*Journal of the American medical Association*, t. XCIV, n° 15, 12 Avril 1930). — A côté des accidents hypoglycémiques on peut observer, à la suite de l'insulinothérapie, des accidents de type allergique dus à la teneur en protéines des insulines employées en thérapeutique. Il est impossible, en effet, de débarrasser entièrement l'insuline de ses protéines. Mais, tandis que l'insuline originelle fabriquée à Torento et employée en Amérique était particulièrement riche en protéines, on prépare aujourd'hui des insulines purifiées, dont la teneur en protéines est particulièrement faible. Les accidents en question se bornent d'ailleurs presque toujours à une réaction locale et sont rapidement jugulés par l'ingestion de lactate de calcium. Il est tout à fait exceptionnel que ces accidents allergiques prennent une forme grave. L'auteur en rapporte ici une observation.

Il s'agissait d'un enfant de 12 ans atteint de diabète avec acidose et chez qui, au cours d'un traitement insulinique, on vit apparaître un syndrome de douleurs abdominales et de vomissements simulant un pylorospasme et faisant songer soit à un ulcère gastro-pylorique, soit à une lithiase biliaire. La continuation de l'insulinothérapie ne fit qu'aggraver les troubles, tandis que la cessation de celle-ci amena une rapide sédation des symptômes. Il importe donc de surveiller la provenance des insulines que l'on emploie, et d'éviter celles qui sont particulièrement riches en protéines.

PIERRE-NOEL DESCHAMPS

F. **Allan. W. Bœck et S. Judd** (Rochester). ***Le traitement chirurgical de l'hyperinsulinisme*** (*Journal of the American medical Association*, tome XCIV, n° 15, 12 Avril 1930). — Les auteurs rappellent les origines de la notion d'hyperinsulinisme et les rapports de celui-ci avec les cancers du pancréas. Les cas observés à la Clinique Mayo sont typiques à cet égard. A ce propos, les auteurs font une revue des observations récemment apportées sur ce sujet, et précisent la technique opératoire de la résection pancréatique dans de tels cas. Celle-ci doit être large et comprendre la queue du pancréas. Dans presque toutes les observations, le pancréas apparut normal à l'intervention : seul un examen histologique permit, dans quelques cas, de faire la preuve de l'hyperplasie des îlots de Langerhans ; d'autres fois, l'étude microscopique elle-même ne révéla aucune lésion, alors que les faits cliniques plaidaient tous en faveur de la réalité de l'hypersécrétion d'insuline dans certaines conditions pathologiques.

Les auteurs étudient les résultats des interventions pratiquées. Voici leur statistique : dans 1 cas, la guérison de l'hyperinsulinisme fut complète ; dans 4 cas, où l'existence d'une affection organique du pancréas ne put être démontrée, les résultats de la pancréatectomie partielle ne furent pas très encourageants ; au contraire, dans 3 autres observations, l'amélioration observée fut des plus nettes.

PIERRE-NOEL DESCHAMPS.

R. **Levy et A. Durach** (New-York). ***Traitement de la thrombose coronarienne par les inhalations d'oxygène*** (*Journal of the American medical Association*, tome XCIV, n° 18. 3 Mai 1930). — Les auteurs rapportent une observation typique d'infarctus myocardique au cours de laquelle, devant des accidents de collapsus menaçants, ils eurent l'idée d'appliquer au sujet des inhalations d'oxygène (dans la proportion de 45 d'oxygène pour 100 d'air atmosphérique), à l'aide d'un masque spécial. Les symptômes de collapsus (cyanose, dyspnée extrême, tachycardie et assourdissement des bruits du cœur), s'amendèrent rapidement et le malade guérit, en apparence du moins, de sa crise, 2 ans après son état de santé restait satisfaisant. Les auteurs ont appliqué le même traitement à 3 autres malades : 2 d'entre eux moururent, le 3e survécut. Dans tous les cas, une amélioration fonctionnelle notable suivit l'application de ce procédé thérapeutique dont les auteurs recommandent l'emploi dans les insuffisances cardiaques aiguës.

PIERRE-NOEL DESCHAMPS.

E. **Schawbangh, W. Harrison et J. Farrel** (Boston). ***Le traitement de la paralysie de la fonction respiratoire dans la poliomyélite au moyen d'une chambre respiratoire : relation de 3 cas avec une guérison*** (*Journal of the American medical Association*. t. XCIV n° 8, 3 Mai 1930). — S., H. et F. ont traité 3 cas de poliomyélite aiguë graves avec troubles respiratoires en pratiquant la respiration artificielle au moyen d'un appareil imaginé et mis au point par Drinker, Mac Kann et Shaw, et connu aux Etats-Unis sous le nom de « respiratoire » de Drinker Sur 3 cas, ils ont obtenu une guérison. L'appareil en question, pour la description détaillée duquel nous ne pouvons que renvoyer à l'article original, est basé sur le principe des insufflateurs utilisés en physiologie expérimentale, où la production du courant d'air sous pression se fait à l'aide d'un moteur électrique.

PIERRE-NOEL DESCHAMPS.

J. **White** (Boston). ***Le blocage des nerfs sympathiques des extrémités au moyen de la procaïne, utilisée comme test d'évaluation du bénéfice à retirer de la ganglionectomie sympathique.*** (*Journal of the American medical Association*, t. XCIV, n° 19 3, Mai 1930). Il est souvent bien difficile de préciser exactement les indications de la sympathectomie périartérielle et de la ganglionectomie lombaire (opération d'Adson), dans les affections circulatoires périphériques (maladie de Raynaud, artérites oblitérantes, etc.). Il y a quelques années, on avait utilisé le choc protéique pour préciser les sujets devant réagir faorablement à la sympathectomie (Brown, *Journ. Amer. medic. Assoc.* tome LXXXVII, p. 379, Août 1926),

A cet effet, on injecte 0 cmc, 02 de vaccin T.A.B. par voie intraveineuse et l'on note l'élévation de la température périphérique par rapport à la température centrale prise dans la bouche ; les sujets présentant des troubles vaso-moteurs spasmodiques présentent une élévation de la température périphérique beaucoup plus marquée que ceux dont les troubles sont dus à une oblitération mécanique.

Tout dernièrement, à la Clinique circulatoire de « Massachusetts General Hospital », a été étudié un nouveau test de diagnostic. Celui-ci consiste à « bloquer » les fibres sympathiques du bras et de la jambe au moyen d'injections de chlorhydrate de procaïne. Une telle injection provoque, durant 2 à 4 heures, dans l'extrémité considérée, tous les effets de la ganglionectomie, c'est-à-dire un blocage complet des nerfs vaso-moteurs, la suppression de la sudation et la sédation de la douleur due à l'excitation des nerfs sympathiques. Dans les cas intéressant les extrémités supérieures, on voit également se produire un syndrome de Claude Bernard-Horner. On peut aussi, par conséquent, se rendre compte d'avance des effets que produira l'intervention projetée.

PIERRE-NOEL DESCHAMPS.

G. **Waldbitt** (Detroit). ***Hypertension associée à l'allergie*** (*Journal of the American medical Association*, tome XCIV, n° 18, 3 Mai 1930). — W. rapporte l'observation d'une malade de 30 ans chez laquelle à un syndrome d'hypertension pure s'associait une série de manifestations « allergiques » : antécédents chargés, et, chez la malade elle même, attaques d'urticaire, hypersensibilité de la peau à la chaleur, éosinophilie sanguine. Autour de ce cas, le plus typique, W. groupe 5 cas analogues notamment celui d'une fillette de 14 ans qui, sans aucun trouble des fonctions rénales, montrait une tension de 19 maxima. On peut se demander, pour expliquer de tels faits, si les capillaires rénaux ne peuvent pas présenter des réactions allergiques comparables à celles des artérioles et des capillaires cutanés et de ceux des organes à fibres musculaires lisses ; il faut rapprocher de ces faits la possibilité d'obtenir, chez certains hypertendus comme chez certains urticariens, une inversion de la réaction à l'adrénaline qui fait baisser la pression au lieu de la faire monter.

On peut donc conclure, suivant W., qu'un certain nombre de cas d'hypertension artérielle sont d'origine allergique et pourraient être améliorés par la suppression des « allergènes ».

PIERRE-NOEL DESCHAMPS.

H. **Alt et M. Barker** (de Boston). ***Fièvre d'origine indéterminée*** (*Journal of the American medical*

Association, tome XCIV, n° 19, 10 Mai 1930). — Parmi les 34.000 malades qui passèrent au Peter Bent Brigham Hospital, en 1913, 173 furent classés avec le diagnostic de « fièvre d'origine indéterminée ». 101 de ces sujets purent être retrouvés plus tard, et l'on put avoir des données précises sur leur destinée respective.

Dans une première catégorie de faits, aucune maladie précise ne se déclara à la suite de cet épisode fébrile sans détermination nette. C'est ainsi que chez 44 sujets, dont la fièvre n'avait pas duré plus de 10 jours, 42 restèrent indemnes de toute lésion ultérieure; parmi les 2 restants, un fut atteint d'insuffisance mitrale et un de tuberculose pulmonaire.

Parmi 57 malades chez qui la fièvre avait dépassé 10 jours, il y en eut 36 chez lesquels, également, aucune maladie ultérieure ne se déclara. Parmi ceux-ci, il y en eut plusieurs dont la fièvre se prolongea plusieurs années sans qu'on pût parvenir à en déceler la cause. Au contraire, chez 21 malades, une affection bien déterminée put être déterminée ultérieurement; les plus fréquentes des maladies ainsi découvertes furent la tuberculose, le rhumatisme articulaire aigu, le cancer et la lymphogranulomatose. PIERRE-NOEL DESCHAMPS.

H.-J. Brunson Cross et L. Minos Blackford (d'Atlanta). ***Hypoglycémie mortelle hépatogène, d'origine arsénobenzénique*** (*Journal of the American medical Association*, tome XCIV, n° 22, 31 Mai 1930). — B. C. et M. rapportent l'observation d'une malade de 38 ans, syphilitique secondaire, qui, après une série d'arsénobenzènes (néoarsphragmine), présenta une érythrodermie arsenicale compliquée d'ictère et d'augmentation de volume du foie.

Le dosage de la glycémie révéla un chiffre de 0 gr. 35 pour 1000, puis de 0 gr. 27 pour 1000 L'injection intraveineuse fit remonter temporairement la glycémie à 1 gr. 39 pour 1000, puis la chute de celle-ci se produisit de nouveau et le sujet succomba.

A l'autopsie, on trouva une atrophie jaune aiguë du foie. C. et M., dans de tels cas, conseillent, au point de vue thérapeutique, d'associer à l'ingestion de sucre des injections intra-veineuses d'un sel de calcium, pour modifier l'état physico-chimique du sérum.

C'est là, suivant C. et M., le second cas connu d'hypoglycémie post-arsénobenzénique. La notion des rapports de la glycémie avec le foie explique la possibilité d'un tel accident qui demande une thérapeutique d'extrême urgence, par injections veineuses de glucose et d'un sel de calcium. PIERRE-NOEL DESCHAMPS.

H. Blotnes et P. Murphy (Boston). ***Effets de certains extraits hépatiques sur la glycémie des diabétiques*** (*Journal of the American medical Association*, tome XCIV, n° 23, 7 Juin 1930). — Un travail antérieur de B. et M. (*Journ. of the Amer. medic. Assoc.*, t. XCII, p. 1332, 20 Avril 1929) tendait à démontrer la présence dans le foie d'un élément antiglycémique, actif même en ingestion, de sorte qu'un régime riche en foie pourrait avoir une influence particulièrement favorable sur le développement du diabète.

B. et M. se sont donc efforcés de préparer un extrait hépatique qui ait une action élective sur la glycémie. Dans le présent article, ils étudient les effets cliniques de l'extrait en question dans 33 cas de diabète sucré.

B. et M. rappellent à ce propos les travaux déjà anciens consacrés en France à l'opothérapie, en général, et spécialement à l'opothérapie hépatique dans le diabète sucré (Carnot, Jousset, Gilbert et Lereboullet, Lassance).

Les observations de B. et M. rapportées ici furent recueillies de la façon suivante. La glycémie était mesurée tous les deux jours par la méthode de Folin et Wu. L'extrait hépatique, isolé du foie de veau, était administré en même temps que le régime, conduit de telle sorte que la teneur de ce dernier en protéines, graisses et hydro-carbones ne changea pas par rapport à ce qu'elle était auparavant. L'extrait employé était un *extrait aqueux* sur la préparation duquel B. et M. donnent des détails techniques qu'il est impossible de résumer et pour la connaissance précise desquels nous renvoyons à l'article original.

La quantité d'extrait administré représentait à peu près 480 gr. de foie frais. Après l'administration de celui-ci, on constata une diminution de la glycémie variant de 0 gr. 04 à 0 gr. 15. Trois heures après l'ingestion d'extrait, la glycémie tantôt s'éleva à nouveau, tantôt s'abaissa encore graduellement, tantôt resta inchangée.

B. et M. firent la comparaison entre les effets de l'extrait hépatique et ceux de l'insuline. Dans ce but, 10 unités d'insuline furent injectées au malade; les effets de l'injection furent comparés à ceux produits par l'ingestion d'extrait hépatique correspondant, suivant les cas, à 180 gr. ou 480 gr. de foie frais. Dans tous les cas, et quelle que soit la technique de préparation de celle-ci, la chute de glycémie obtenue fut sensiblement parallèle et même parfois un peu supérieure pour le foie que pour l'insuline. B. et M. montrent, d'autre part, que l'action du foie sur la glycémie peut être longtemps prolongée, si l'on poursuit la médication de façon à peu près quotidienne. PIERRE-NOEL DESCHAMPS.

A. Hess, J. Lewis et H. Riskin (de New-York). ***Nouveaux aspects de l'emploi thérapeutique du « viostérol » (ergostérol irradié)*** (*Journal of the American medical Association*, tome XCIV, n° 24, 14 Juin 1930). — D'après l'observation de très nombreux enfants traités, H., L. et R. concluent que le viostérol, malgré ses propriétés nettement antirachitiques, peut cependant, quand on l'emploie en thérapeutique, être cause de l'apparition d'accidents d'ordre rachitique. Mais ledit rachitisme est léger, et, d'autre part, remarquable par le fait que le phosphore inorganique du sang se maintient à sa concentration normale. De telles formes de rachitisme coïncidant avec une phosphatémie normale se rencontrent également chez les sujets traités par le lait irradié, de même que chez les animaux nourris au moyen du viostérol. L'existence de telles formes doit indiquer que la seule évaluation de la phosphatémie peut induire en erreur; après traitement au viostérol, la présence du rachitisme ne peut être affirmée qu'après radiographie.

Il est probable que l'irradiation de l'ergostérol élabore un facteur augmentant le phosphore inorganique du sang, ceci tout à fait indépendamment de son action antirachitique.

D'une façon générale, H., L., et R. insistent sur le fait que le viostérol est un remarquable agent curateur du rachitisme, d'action rapide, et qui ne produit jamais d'hypercalcémie.

La méthode actuelle de standardisation du viostérol « en unité huile de foie de morue » est basée sur le postulat erroné que l'action du viostérol et de l'huile de foie de morue est la même, chez l'enfant comme chez le rat. Il est préférable d'évaluer directement le pouvoir protecteur du viostérol chez l'animal et de doser celui-ci en « unités rats ».

D'autre part, la quantité de viostérol jusqu'ici prescrite à titre préventif (X gouttes par jour) devrait être augmentée et portée à XXX gouttes si l'on veut avoir un effet utile. PIERRE-NOEL DESCHAMPS.

L. Ottenberg (de New-York). ***Cultures du sang différentielles*** (*Journal of the American medical Association*, tome XCIV, n° 24, 14 Juin 1930). — Sous le nom de « cultures différentielles du sang », O. entend des cultures faites simultanément par prélèvement dans différents vaisseaux de l'organisme. En dénombrant les colonies microbiennes par centimètre cube du sang dans chaque vaisseau, on pourrait parvenir à découvrir en quelle région de l'organisme les germes ont pénétré dans le sang.

Le bien fondé de ce principe a été reconnu, suivant O, par l'étude de 20 cas de thrombo-phlébite des sinus ou de phlébite, où le diagnostic anatomique fut démontré par l'opération ou l'autopsie. C'est ainsi que, dans un cas où l'on soupçonnait une thrombo-phlébite des sinus, la découverte d'un plus grand nombre de germes dans le sang de la veine jugulaire interne que dans les autres confirma ce diagnostic. Mais il fut impossible, par ce procédé, de déterminer le côté atteint. De même, la découverte d'un nombre égal de germes dans les deux veines jugulaires, tandis que les veines des membres en contiennent moins, est un argument en faveur d'une thrombo-sinusite. Par contre, l'absence de tout germe dans les veines jugulaires doit exclure ledit diagnostic.

Ce procédé permettrait de mettre en évidence, à côté de la thrombo-phlébite aiguë, si souvent mortelle, des cas assez fréquents de thrombo-phlébites transitoires, simples bactériémies succédant à certaines interventions sur la mastoïde.

Si l'on trouve un nombre de germes égal dans les veines jugulaires et les veines des bras, cela indiquerait que l'origine de l'infection ne se trouve pas aux extrémités. Dans tous ces cas, il s'agirait presque toujours (en l'absence de pneumonie ou de suppuration rénale), d'endocardite infectieuse. PIERRE-NOEL DESCHAMPS.

J. Kalvin et A. Goldberg (de Chicago). ***Le pronostic du tétanos*** (*Journal of the American medical Association*, tome XCIV, n° 25, 21 Juin 1930). — D'une étude des cas de tétanos traités au « Cook County Hospital », durant 15 ans, K. et G. concluent que la mortalité globale n'a pas diminué, bien que depuis 5 ans on se serve largement du sérum antitétanique. La proportion des cas était particulièrement marquée il y a 10 ou 15 ans; par contre la proportion des cas de mort augmenta sérieusement dans les 3 ou 4 dernières années (83 pour 100 au lieu de 34 pour 100).

La proportion chez les hommes s'est montrée une fois plus grande que chez les femmes. La même proportion existait pour les enfants de l'un et l'autre sexe.

Le tétanos consécutif aux plaies par armes à feu montra une mortalité particulièrement élevée (95 pour 100). Par contre, le tétanos consécutif aux plaies de la face et du crâne ne révéla pas une mortalité plus élevée que les cas consécutifs à une plaie des extrémités.

Dans les cas observés, l'incubation fut dans 56 pour 100 des cas inférieure à 10 jours, et dans ce cas, la mortalité atteignit 84 pour 100. Au contraire, dans les cas où l'incubation dépassait 15 à 20 jours, la mortalité ne dépassa pas 25 pour 100.

La mort survint le plus souvent le 2e ou 3e jour de la maladie. La porportion des cas mortels plus tardifs fut beaucoup moins élevée par conséquent; les sujets ayant survécu plus de 3 jours avaient les plus grandes chances de guérir.

D'une façon générale, la sérothérapie spécifique ne paraît pas avoir d'influence sur la marche de la maladie. Par contre, les injections préventives de sérum semblent réduire sensiblement la mortalité, et l'on ne saurait trop encourager leur diffusion. PIERRE-NOEL DESCHAMPS.

N. Kopeloff et P. Cohen (New-York). ***Le lactose et la flore intestinale*** (*Journal of the American medical Association*, tome XCIV, n° 25, 21 Juin 1930). — K. et C. ont fait ingérer à 3 groupes de sujets composés chacun de 15 individus de 20 à 30 ans une dose quotidienne de lactose pendant une période variant de 3 à 8 mois.

L'ingestion quotidienne de 10 gr. de lactose (approximativement la teneur d'une cuiller à café) n'amena aucune transformation de la flore intestinale, comme le démontra l'examen microscopique et la culture en boîte de Pétri d'échantillons des fèces.

L'ingestion quotidienne de 50 gr. amena une modification de la flore chez 4 sujets sur 15.

L'ingestion quotidienne de 100 gr. amena une modification de la flore chez 3 sujets sur 15. C'est dans ce groupe qu'on trouva la plus importante proportion de *Bacillus acidophilus*, soit 88 p. 100. Au contraire, avant l'ingestion de lactose, le *Bacillus acidophilus* n'était présent dans les selles que chez 27 pour 100 des sujets.

La présence préalable de ce bacille n'a paru d'ailleurs favoriser en aucune façon la transformation de la flore intestinale sous l'influence du lactose. La quantité du lactose ingéré paraît donc être le seul facteur qui intervienne pour provoquer la transformation du milieu intestinal; d'ailleurs, même aux doses dont l'usage est enseigné par l'expérience, variant de 10 à 100 gr., le succès de la méthode n'est nullement constant.

PIERRE-NOEL DESCHAMPS.

W. Hamburger et **U. Lev** (Chicago). *L'hyperthyroïdisme camouflé* (*Journal of the American medical Association*, tome XCIV, n° 26, 28 Juin 1930). — H. et L. rapportent 5 observations d'hyperthyroïdisme masqué ou « camouflé ». Ils désignent sous ce terme des faits cliniques où les signes de l'hyperthyroïdisme sont incomplets, ou bien ou ces derniers disparaissent au milieu de signes d'une autre affection.

Ces divers malades ont, suivant H. et L., des caractères communs. Ils sont d'âge moyen, un ou plusieurs des signes essentiels du goitre exophtalmique font défaut. Par ailleurs, les sujets en question sont en général apathiques, asthéniques et montrent une pigmentation cutanée plus ou moins nette. Ils présentent soit des symptômes associés d'ordre cardio-vasculaire (fibrillation auriculaire, tachycardie paroxystique, angor pectoris), soit les symptômes du diabète sucré, soit un syndrome de vomissements incoercibles. Ce sont les cas avec troubles cardiaques associés qui sont les plus fréquents et les plus intéressants.

H. et L. étudient particulièrement à ce propos les rapports de l'hyperthyroïdisme et de l'angor. Ils admettent que la « thyréotoxine » peut réagir sur une altération scléreuse des vaisseaux coronaires pour l'extérioriser sous forme de syndrome angineux aigu ou subaigu.

Le diagnostic de tels états se fera par la constatation d'une tendance à la sudation, d'une rougeur anormale de la peau avec poussées congestives, et un certain éclat du regard, d'un amaigrissement progressif avec élévation relative du métabolisme basal. Le traitement iodé agit efficacement sur les états en question.

PIERRE-NOEL DESCHAMPS.

M. Paulson et **J. Andrews** (Baltimore). *La teneur du duodénum humain en protozoaires* (*Journal of the American medical Association*, tome XCIV, n° 26, 28 Juin 1930). — Chez 16 sujets, ne présentant aucun symptôme clinique d'affection intestinale ou hépato-biliaire, mais présentant dans les fèces les différentes variétés de protozoaires intestinaux connus dans nos pays, P. et A. pratiquèrent des tubages duodénaux, en vue de préciser s'il existait les protozoaires en question dans le duodéno-jéjunum, et éventuellement même dans la vésicule et les canaux biliaires.

L'étude en question a prouvé que, seule, *Giardia lamblia* vit dans le duodénum. Ce parasite fut extrait dès le premier tubage, dans chacun des 7 cas où il avait été trouvé dans les fèces. Au contraire, dans tous les autres cas, les parasites trouvés dans les fèces ne purent jamais être extraits du duodénum, même après 2 ou même 4 tubages.

Il n'est pas prouvé que *Giardia lamblia* existe normalement dans une vésicule saine. Sa présence dans la bile n'est pas une preuve absolue de son origine vésiculaire.

D'autre part, si certains auteurs ont pu découvrir le parasite dans la vésicule elle-même, il s'agissait toujours de vésicules lésées.

PIERRE-NOEL DESCHAMPS.

S. Platon (Minneapolis). *L'érysipèle ; étude comparative des différents modes récents de traitement* (*Journal of the American medical Association*, tome XCV, n° 1, 5 Juillet 1930). — L'étude faite ici porte sur 402 cas d'érysipèle hospitalisés. Ils ont été classés suivant les méthodes thérapeutiques employées. Celles-ci furent les suivantes : 1° sulfate de magnésium et glycérine associés; 2° rayons X; 3° rayons ultra-violets ; 4° sérum antistreptococcique; 5° association de radiothérapie et de sérum ; 6° association de rayons ultra-violets et d'antitoxine.

Les méthodes modernes de traitement ont réduit la mortalité de l'érysipèle d'environ 44 p. 100.

Dans les cas traités aussi bien par les rayons Rœntgen que par les rayons ultra-violets, les résultats immédiats furent extrêmement satisfaisants. La disparition de l'inflammation locale et le retour à une température normale survinrent 3 ou 4 jours plus tôt que dans les cas traités par l'association de sulfate de magnésie et de glycérine.

Les rayons ultra-violets produisirent un arrêt de l'évolution, dès la première application, dans environ 42 p. 100 des cas traités.

Les irradiations associées à la sérothérapie antitoxique réduisent également la durée totale de la maladie et surtout l'évolution tourne court dès l'institution du traitement. Ici encore, les rayons ultra-violets associés augmentent encore l'influence favorable.

D'une façon générale, on peut dire que les modes de traitement améliorent nettement le pronostic global de l'érysipèle. P. donne la première place à la thérapeutique par les rayons ultra-violets, du fait qu'elle est inoffensive et applicable à peu près dans tous les milieux, qu'elle ne nécessite le plus souvent qu'une seule application ou, en tout cas, un nombre restreint, qu'elle est économique et que les résultats obtenus apparaissent meilleurs que par toute autre méthode.

PIERRE-NOEL DESCHAMPS.

E. Hocdemaker et **M. Buros** (Philadelphie). *Les effets du « Datura stramonium » dans le parkinsonisme* (*Journal of the American medical Association*, tome XCV, n° 2, 12 Juillet 1930). — Au « Philadelphia General Hospital », H. et B. ont étudié les effets de la médication par le *Datura stramonium* dans divers syndromes neurologiques. Des 31 cas qu'ils ont ainsi traités, 4 étaient des cas de maladies de Parkinson sénile classique, et 27 étaient des syndromes parkinsoniens post-encéphalitiques. Tous les malades reçurent la teinture de *Datura stramonium* à la dose initiale de 1 cmc 25, 3 fois par jour, puis cette dose fut à peu près augmentée de semaine en semaine jusqu'à une dose maxima de 4 cmc 3 fois par jour. Dans les 4 cas de maladie de Parkinson typique, les effets furent à peu près nuls. Parmi les 27 cas de parkinsonisme post-encéphalitique, 11 malades furent remarquablement améliorés et 3 d'entre eux suffisamment pour pouvoir reprendre leur travail.

5 sujets trouvèrent une réduction légère des symptômes. Le traitement par le stramonium agit surtout sur la rigidité et l'impotence fonctionnelle et le malade recouvre une relative liberté des mouvements.

Par contre, le tremblement n'est guère influencé. La dose maxima qu'il faut employer pour obtenir le meilleur effet est de 5 à 6 cmc de teinture par 24 heures. Les effets toxiques, même à ces fortes doses, sont minimes et ils sont facilement jugulés.

PIERRE-NOEL DESCHAMPS.

S. Butler, **H. Feenen** et **S. Seime**. *Les cardiopathies considérées en tant que risque chirurgical* (*Journal of the American medical Association*, tome XCV, n° 2, 12 Juillet 1930). — B., F. et S. étudièrent au « Peter Brongham Hospital » 414 malades atteints de cardiopathies, et qui subirent 494 opérations, en vue de déterminer le risque opératoire et le rôle joué par le cœur dans la mort post-opératoire.

Les décès furent divisés en deux parties : « mort imprévue » et « mort inévitable ».

On constata 28 cas de mort imprévue, soit une mortalité de 6,3 pour 100 sur l'ensemble des opérations pratiquées.

Les malades atteints de lésions valvulaires et qui furent opérés furent au nombre de 120. Sur ce nombre, il y eut 3 morts imprévues, soit une mortalité de 2 pour 100.

Chez 138 sujets de myocardite chronique, on pratiqua 167 interventions. La mortalité s'éleva à 8 cas (5 pour 100).

108 interventions furent pratiquées chez 87 patients souffrant de fibrillation auriculaire. Ici, il y eut 3 morts imprévues, soit 3 pour 100 de mortalité.

Les malades souffrant d'angine de poitrine et opérés furent au nombre de 35, avec 3 décès, soit une mortalité de 7,7 pour 100. Il semble que le danger opératoire soit particulièrement grand dans l'angine de poitrine, en raison de la possibilité de thrombose coronarienne. En effet, chez 20 malades chez lesquels ce diagnostic avait été porté (et confirmé par l'autopsie) il y eut 8 décès post-opératoires, soit une mortalité de 44,5 pour 100.

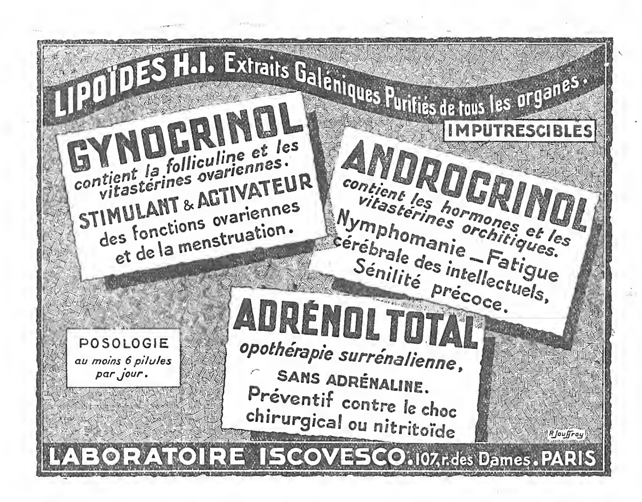
Par contre, chez 11 sujets atteints d'aortite syphilitique, aucun décès imprévu ne suivit l'intervention. De même, sur 6 malades souffrant de crises de tachycardie paroxystique, tous guérirent.

Par contre, l'insuffisance cardiaque augmente le pourcentage de décès · 17 pour 100.

De même, l'association aux accidents cardiaques d'accidents d'insuffisance rénale augmente le risque : 14 8 pour 100 de mortalité contre 4 p. 100 lorsque l'affection cardiaque ne s'accompagne d'aucun signe de néphrite.

Dans l'ensemble, le risque opératoire des cardiopathies n'est guère plus grand que celui des sujets normaux. Dans les cas, envisagés plus haut, où des accidents post-opératoires sont particulièrement à craindre, ceux-ci peuvent être bien souvent évités par une thérapeutique appropriée instituée avant l'opération, et destinée, avant tout, à parer à l'insuffisance cardiaque.

PIERRE-NOEL DESCHAMPS.



LIPOÏDES H.I. Extraits Galéniques Purifiés de tous les organes.
IMPUTRESCIBLES
GYNOCRINOL
contient la folliculine et les vitastérines ovariennes.
STIMULANT & ACTIVATEUR des fonctions ovariennes et de la menstruation.
ANDROCRINOL
contient les hormones et les vitastérines orchitiques.
Nymphomanie — Fatigue cérébrale des intellectuels, Sénilité précoce.
ADRÉNOL TOTAL
opothérapie surrénalienne, SANS ADRÉNALINE.
Préventif contre le choc chirurgical ou nitritoïde
POSOLOGIE
au moins 6 pilules par jour.
R. Jouffroy
LABORATOIRE ISCOVESCO. 107, r. des Dames. PARIS

Lymphatisme infantile

La *scrofule* a disparu du vocabulaire médical; mais le *lymphatisme* nous reste. Que doit-on entendre par ce mot ? Définition difficile, non impossible : dans la seconde enfance, après les deux premières années qui se caractérisent uniformément, en règle générale, par des poupons gros et gras, tendant à la polysarcie, on rencontre une grande diversité de tempéraments.

La graisse sous-cutanée du premier âge a disparu, l'*embonpoint lacté* a fait place aux saillies osseuses et musculaires qui se dessinent sous une peau qu'on peut détacher des plans sous-jacents et plisser à volonté. Les parties molles sont devenues plus fermes et cette transformation est due à la marche, aux exercices physiques, à la course, aux jeux, à la gymnastique spontanée ou réglée.

Quand on examine ces enfants, dont la personnalité ethnique et physiologique va s'affirmer, on peut déjà établir des catégories au point de vue des tempéraments héréditaires et pathologiques. Chez des sujets maigres et pâles, on sent aisément, à la palpation du cou, des aisselles, des aines, le développement notable des ganglions lymphatiques qui, dans les conditions inverses, n'apparaissent pas ou ne se traduisent, à une recherche minutieuse, que par la présence de petits corps mous et arrondis du volume d'une lentille ou d'un grain de riz.

Chez les enfants, dits *lymphatiques*, les ganglions sous-cutanés sont plus gros, formant des chapelets palpables et même visibles de chaque côté du cou. Parfois, sous l'influence d'un catarrhe pharyngien, d'une amygdalite aiguë, ils forment des masses ovoïdes dont la résolution très lente atteste le tempérament lymphatique. Ces réactions ganglionnaires énormes, habituellement angulo-maxillaires, sont propres à l'enfance ; elles sont exceptionnelles à l'âge adulte. Ce n'est pas tout ; l'enfant lymphatique est sujet aux coryzas, aux angines, aux adénoïdites; il respire difficilement par le nez, tient la bouche bée, ronfle la nuit; on est souvent obligé de lui racler le cavum. Chez lui tous les organes lymphoïdes sont hypertrophiés et succulents; leurs fonctions sont exagérées. L'hiver, outre la rhinopharyngite, on observe fréquemment des catarrhes laryngés, trachéaux et bronchiques. Enfin la peau traduira le tempérament lymphatique par des dermatoses prurigineuses exsudatives, eczématiques, vésiculo-pustuleuses.

Le rôle du thymus est hypothétique et le *status lymphaticus* de Paltauf ne repose pas sur une base solide.

1° Hygiène générale de grande importance; hygiène de la peau, du tube digestif, du poumon, du système nerveux.

A. Douches chaudes quotidiennes; verser sur le corps plusieurs litres d'eau à 37°, 38°. Frictions sèches ensuite avec le gant de crins ou la lanière de crins si l'enfant est assez grand pour s'en servir.

B. Alimentation substantielle, plus végétarienne que carnée ; viande pas plus d'une fois par jour ; insister sur les légumes, les salades cuites, les fruits cuits, le pain complet s'il y a de la constipation. Boire de l'eau (un verre à la fin du repas). Manger lentement.

C. Vie au grand air le plus possible, cure d'air, cure de soleil, séjour à la campagne, à la montagne, au bord de la mer. Exercices physiques modérés.

D. Ambiance calme, se coucher de bonne heure, ne pas sortir le soir, éviter le surmenage intellectuel.

2° Prendre, dix jours par mois, une cuillerée à café avant les deux principaux repas de :

Arséniate de soude	Deux centigr.
Eau bouillie	100 gr.

3° Les dix jours suivants, une cuillerée à soupe de bonne huile de foie de morue le matin pendant l'hiver. Prescrire un succédané de l'huile de morue.

4° Les dix autres jours, un des paquets suivants dans une cuillerée d'eau sucrée avant les deux principaux repas.

Protoxalate de fer	0 gr. 10
Magnésie calcinée	0 gr. 15
Carbonate de chaux	0 gr. 20
Phosphate de chaux	0 gr. 25

Pour un paquet, n° 20.

Puis recommencer la série.

5° Traitement local suivant l'état des ganglions, des narines, de la gorge ; applications chaudes, instillations, inhalations, amygdalectomie, adénoïdectomie, etc.

6° Cures thermales chlorurées sodiques, arsenicales ou sulfureuses, froides et chaudes suivant les localisations.

J. Comby.

La migraine chez les enfants

La migraine est une céphalée paroxystique, vaguement périodique, affectant les nerfs sensitifs d'une moitié de la tête (hémicranie), prédominant parfois sur un globe oculaire (migraine ophtalmique). Des troubles de la vue, des paralysies oculaires (IIIe paire) peuvent accompagner cette forme. Elle doit être distinguée des céphalalgies banales, dites céphalées de croissance ou symptomatiques de maladies aiguës (méningites) ou chroniques (néoplasmes, tuberculomes, syphilomes, ostéopathies spécifiques, etc.). La migraine est fréquente chez les enfants de tout âge, particulièrement chez les filles de souche neuro-arthritique. Elle a un caractère familial et héréditaire des plus accusés. En présence d'un enfant migraineux, il sera généralement facile de découvrir la migraine chez la mère (cas habituel) ou chez le père. Dans les familles nombreuses, tous les enfants n'hériteront pas de la même manifestation neuro-arthritique. J'ai connu une mère de famille très migraineuse; elle a eu un garçon et deux filles, les deux aînés (garçon et fille) ont hérité d'elle une migraine atroce compliquée, chez la fille, de rhume des foins très pénible, tandis que la fille cadette a échappé à toute manifestation arthritique bruyante. L'hérédité n'est pas toujours similaire ou *homéomorphe* ; elle peut être dissemblable ou *hétéromorphe*. Par exemple, on voit un asthmatique ou un goutteux engendrer un migraineux.

Le début de la migraine infantile peut être très précoce; mais il échappe, le plus souvent, chez des nourrissons trop jeunes pour traduire leurs sensations. On la soupçonnera quand on verra un jeune enfant, bien portant en apparence, bien nourri, présenter périodiquement une agitation insolite, des cris incessants, des vomissements, de l'insomnie.

Donc, difficulté de diagnostic dans les premiers mois et la première année de la vie. Plus tard, à 5 ans, à 6 ans, à 7 ans, le diagnostic se précise et on peut l'affirmer rapidement.

Dans la seconde enfance, l'affection évolue avec plus ou moins de régularité et d'intensité jusqu'à l'âge adulte pour disparaître aux approches de la vieillesse. La migraine est influencée dans sa marche par les conditions hygiéniques, par l'ambiance, par le travail physique et intellectuel. A la ville, les accès seront violents et multipliés; à la campagne, ils seront atténués et raréfiés. La vie confinée, l'encombrement scolaire, le surmenage intellectuel sont générateurs de migraine. Il y a un lien entre la migraine et certains paroxysmes d'un autre ordre; par exemple des enfants qui ont souffert longtemps de vomissements cycliques cesseront d'en présenter en devenant migraineux.

1° On s'appliquera à faire vivre l'enfant dans de bonnes conditions hygiéniques : vie au grand air, logement salubre, bien aéré et ensoleillé, modérément chauffé; classes spacieuses non encombrées, pas de surmenage.

2° Hygiène alimentaire ; repas à heure fixe, régime surtout végétarien, peu de viande (une fois par jour) ; mastication soignée. Pas d'aliments indigestes, épicés, faisandés. Pas de chocolat (Pagniez et Vast).

3° Faire usage des alcalins.

Sulfate de soude	0 gr. 50
Bicarbonate de soude	0 gr. 30
Phosphate de soude	0 gr. 20
Citrate de soude	0 gr. 10

Pour un paquet, n° 20. Sels anhydres et purs. A prendre deux fois par jour dans un demi-verre d'eau tiede;

4° Hygiène de la peau : douche chaude quotidienne (verser de l'eau à 37°-38° sur le corps ; bain alcalin (150 à 250 gr. de carbonate de soude) une fois par semaine.

5° Au moment des accès, chambre obscure, silence, 0 gr. 50 d'aspirine ou antipyrine, 0 gr. 25 de pyramidon. Le meilleur traitement de l'accès est le repos au lit, le décubitus horizontal abrégeant la durée de l'accès de migraine, quatre à six heures au lieu de vingt-quatre heures.

6° Certains médecins ont prescrit des massages locaux qui, en agissant sur les troncs nerveux et les ramifications nerveuses de la région malade, pourraient atténuer ou prévenir les accès de migraine.

7° Dans les cas de migraine d'origine nasale ou adénoïdienne, l'intervention des spécialistes en oto-rhino-laryngologie sera indiquée.

8° Tous ces moyens, d'une efficacité plus ou moins sûre, suivant les formes et les sujets, ne sont que des palliatifs. On ne guérit pas la migraine, dyscrasie héréditaire, on ne peut qu'en atténuer les paroxysmes.

J. Comby.

Nouvelles

Ecole de sérologie. — Programme des conférences et travaux pratiques qui auront lieu du lundi 23 Février au Samedi 21 Mars 1931, à l'hôpital Saint-Louis. A. 17 Conférences d'application à la clinique. — B. 22 Séances de travaux pratiques de sérologie. — C. 7. Séances de travaux pratiques de microbiologie.

Lundi 23 Février 1931, 13 h. 30. — Conférence : Histoire et signification des réactions de fixation de Bordet-Gengou et de Bordet-Gengou-Wassermann; les réactions de floculation. M. Levaditi, chef de service à l'Institut Pasteur, membre de l'Académie de Médecine. — 14 h. 30. Travaux pratiques : Réaction de Bordet-Wassermann classique au sérum chauffé. M. Demanche, chef du laboratoire central, directeur technique des services de sérologie de la Ligue nationale française contre le Péril vénérien.

Mardi 24 Février, 9 h. 30. — Travaux pratiques : Préparation et titrage du sérum hémolytique et du complément. M. Demanche. — 13 h. 30. Conférence : Le séro-diagnostic de la syphilis acquise; valeur diagnostique du Bordet-Wassermann. M. Henri Gougerot, professeur de clinique des maladies cutanées et syphilitiques à la Faculté de Médecine, médecin de l'hôpital Saint-Louis. — 14 h. 30. Travaux pratiques : Préparation et titrage des antigènes. M. Demanche.

Mercredi 25 Février, 9 h. 30. — Travaux pratiques : Bordet-Wassermann classique avec titrages préliminaires. M. Demanche. — 13 h. 30. Conférence : Rôle des épreuves sérologiques dans la direction du traitement de la syphilis acquise. M. G. Milian, médecin de l'hôpital Saint-Louis. — 14 h. 30. Travaux pratiques : Réaction de Bordet-Wassermann avec le liquide céphalo-rachidien. M. Pierre Girand, chef de laboratoire de la Ligue nationale française contre le Péril vénérien.

Jeudi 26 Février, 13 h. 30. — Conférence : Le sérodiagnostic de l'hérédo-syphilis. M. Marcel Pinard, médecin de l'hôpital Cochin. — 14 h. 30. Travaux pratiques : Procédés de mesure des réactions de Bordet-Wassermann. M. Peyre, chef de laboratoire à la Faculté de Médecine.

Vendredi 27 Février, 13 h. 30. — Conférence : La réaction de Bordet-Wassermann au cours de la gestation. M. Marcel Pinard. — 14 h. 30 Travaux pratiques : Réaction de Bordet-Wassermann modifiée par Calmette-Massol. M. Raymond Letulle.

Samedi 28 Février, 13 h. 30. — Conférence : La sérologie de la syphilis latente; les Bordet-Wassermann oscillants et les Bordet-Wassermann irréductibles. M. le professeur Gougerot. — 14 h. 30. Travaux pratiques : Réactions de Desmoulières et de Jacobsthal. M. Demanche.

Lundi 2 Mars, 13 h. 30. — Conférence : La réactivation de la séro-réaction. M. Milian. — 14 h. 30. Travaux pratiques : Réaction de Hecht; technique de l'Institut Pasteur. M. Mutermilch de l'Institut Pasteur.

Mardi 3 Mars, 9 h. 30 — Travaux pratiques : Réaction de Hecht; technique de Ronchèse. M. Ronchèse, docteur en pharmacie, ancien chef de laboratoire à l'hôpital Cochin. — 13 h. 30. Conférence : Les réactions de Bordet Wassermann paradoxales. M. le professeur Gougerot. — 14 h. 30. Travaux pratiques : Interprétation et causes d'erreur des réactions de Bordet-Wassermann. M. Ronchèse.

Mercredi 4 Mars, 13 h. 30. — Conférence : Ponction lombaire et examen du liquide céphalo-rachidien au point de vue du diagnostic. M. Ravaut, médecin de l'hôpital Saint-Louis, membre de l'Académie de Médecine. — 14 h. 30 Travaux pratiques. Examen chimique et histologique du liquide céphalo-rachidien. Mlle Olga Eliascheff, chef de laboratoire à l'hôpital Saint-Louis.

Jeudi 5 Mars, 13 h. 30. — Conférence : Valeur de l'examen du liquide céphalo-rachidien dans le traitement de la syphilis. M. Ravaut. — 14 h. 30. Travaux pratiques : Réaction de Sachs Georgi. M. Henri Bonnet, chef de laboratoire à l'hôpital Laennec.

Vendredi 6 Mars, 13 h. 30. — Conférence : Syphilis nerveuse; réaction du benjoin colloïdal. M. le professeur Guillain, membre de l'Académie de Médecine. — 14 h. 30. Travaux pratiques : Réaction du benjoin colloïdal. M. Guy-Laroche, médecin des hôpitaux de Paris.

Samedi 7 Mars, 13 h. 30. — Conférence : Paralysie générale. M. Sézary, agrégé, médecin des hôpitaux de Paris. — 14 h. 30. Travaux pratiques : Réaction de l'or colloïdal. M. Jacques Haguenau.

Lundi 9 Mars, 13 h. 30. — Travaux pratiques : Réaction de floculation par le procédé de Vernes. M. André Bergeron.

Mardi 10 Mars, 9 h. 30. — Travaux pratiques : Réaction d'opacification de Meinicke. M. Demanche. — 13 h. 30. Travaux pratiques : Recherche du tréponème de la syphilis dans les sérosités : 1° L'ultramicroscope; méthode de Fontana-Tribondeau. M. Gastou, ancien chef de laboratoire à l'hôpital Saint-Louis.

Mercredi 11 Mars, 13 h. 30. — Travaux pratiques : Recherche du tréponème dans les tissus. M. Levaditi. — 14 h. 30. Travaux pratiques : Réaction de Kahn. M. Demanche.

Jeudi 12 Mars, 13 h. 30. — Conférence : Syphilis expérimentale. M. Levaditi. — 14 h. 30. Travaux pratiques : Réaction de l'élixir parégorique dans le liquide céphalo-rachidien. M. Targowlo.

Vendredi 13 Mars, 13 h. 30. — Travaux pratiques : Sérologie comparée de la syphilis et de la tuberculose. M. Demanche.

Samedi 14 Mars, 13 h 30. — Conférence : Examen microbiologique des écoulements urétraux. M. Jules Janet. — 14 h. 30. Travaux pratiques : Gonocoque et microbes associés. M. Rivalier.

Lundi 16 Mars, 13 h. 30. — Conférence : Critères microbiologiques et sérologiques de la guérison de la gonococcie. M. Chevassu, agrégé, chirurgien des hôpitaux. — 14 h. 30. Travaux pratiques : Sérologie de la gonococcie. M. Rivalier.

Mardi 17 Mars, 13 h. 30. — Conférence : Microbes de la balanoposthite. M. Louis Queyrat, médecin des hôpitaux de Paris. — 14 h. 30. Travaux pratiques : Microbes de la balanoposthite. M. Louis Queyrat.

Mercredi 18 Mars, 13 h. 30. — Conférence : Microbiologie du chancre simple. M. Milian. — 14 h. 30 Travaux pratiques : Réaction de fixation dans le chancre mou. M. Rivalier.

Jeudi 19 Mars, 13 h. 30. — Travaux pratiques : 1° Bacille de Ducrey; morphologie, culture; 2° préparation des vaccins : bacille de Ducrey et gonocoque. M. Girault, chef de laboratoire à l'hôpital Saint Louis.

Vendredi 20 Mars, matin. — Examens : Sérologie pratique. — Après-midi. Examens : Microbiologie pratique.

Samedi 21 Mars, matin. — Examens oraux.

Admission, diplôme. — Les cours de l'Ecole de Sérologie sont ouverts aux étudiants en médecine pourvus de seize inscriptions, aux médecins français et étrangers, et à toutes personnes agréées par le Conseil de l'Ecole, tous régulièrement immatriculés à la Faculté de Médecine de Paris.

Les élèves, après avoir satisfait aux examens, pourront recevoir un diplôme universitaire de sérologie appliquée à la syphilis, décerné par la Faculté de Médecine (décret du 2 Juin 1927).

Programme des examens. — Le jury sera composé de trois juges, sous la présidence d'un professeur ou agrégé de la Faculté de Médecine.

Les examens comprendront : 1° Deux épreuves pratiques de laboratoire, sans notes ni livre, éliminatoires.

La durée des épreuves sera fixée par le jury. Ces épreuves comprendront : 1° Une épreuve de sérologie; 2° une épreuve de microbiologie. Chaque épreuve sera cotée de 0 à 10. Pour être admissible, il faudra obtenir au minimum 5 pour chacune des deux épreuves.

2° Epreuve orale qui consistera en une interrogation portant sur l'ensemble des matières du programme d'enseignement. Elle sera cotée de 0 à 10.

Pour l'attribution du diplôme, le jury tiendra compte non seulement des notes d'examen, mais de l'assiduité aux cours et des notes de travaux pratiques.

Inscriptions, droits. — Le nombre des élèves devant être limité, les demandes d'inscription doivent être adressées à M. le directeur de la Ligue nationale française contre le Péril vénérien, 44, rue de Lisbonne, à Paris (VIIIe), avant le 1er Février 1931. Faire connaître exactement : nom, prénoms, lieu et date de naissance, titres universitaires, hospitaliers ou autres et adresse. Les demandes d'inscription sont soumises à l'examen du conseil de direction de l'Ecole.

Les élèves admis recevront un avis et devront alors s'inscrire au secrétariat de la Faculté de Médecine, et payer les droits suivants : 1° Immatriculation (si elle n'est déjà effectuée), 100 fr.; 2° scolarité, leçons théoriques A, 200 fr.; 3° scolarité, travaux pratiques B, 250 fr.; 4° scolarité, travaux pratiques C, 100 fr.; 5° droits d'examen, 100 fr.; 6° diplôme, p. m.; soit au total, 750 fr.

Pour tous renseignements, s'adresser à M. Sicard de Plauzoles, directeur général de la Ligue nationale française contre le Péril vénérien, 44, rue de Lisbonne, Paris (VIIIe).

L'organisation obligatoire d'un service de vaccination antidiphtérique. — Le projet de loi suivant présenté par M. Basset, député, projet tendant à rendre obligatoire l'organisation d'un service de vaccination antidiphtérique par l'anatoxine dans chaque département, a été renvoyé par la Chambre à la Commission de l'hygiène :

Art. 1er. — En cas d'épidémie de diphtérie seule l'éviction des malades frères et sœurs sera prononcée.

Les porteurs de germes seront décelés et surveillés.

Art. 2. — Dans le but de favoriser la vaccination systématique de la diphtérie par l'anatoxine, des services de vaccination gratuite seront organisés dans chaque département avec la collaboration des syndicats médicaux et de tous les praticiens, sous réserve d'autorisation écrite des parents.

Tous les établissements scolaires, en particulier les écoles maternelles, seront soumis à cette vaccination.

Art. 3. — Le pourcentage des frais sera réparti ainsi, contrairement à la loi du 15 Février 1902 et celle du 15 Juillet 1893 :

50 pour 100 à l'Etat;

50 pour 100 au département pour les communes rurales.

Service de Santé de la marine. — Sont désignés : comme chef du Service de Santé à Lorient, M. Lesson, médecin en chef de 1re classe; comme médecin chef de l'hôpital maritime de Sidi-Abdallah, M. Hamet, médecin en chef de 2e classe; comme chef des services médicaux de l'hôpital maritime de Brest, M. Gouriou, médecin principal; comme chef des services médicaux à l'hôpital maritime de Cherbourg, M. Bellot, médecin en chef de 1re classe.

— M. Badelon, médecin de 2e classe, est désigné pour embarquer sur le *Baccarat*, division navale du Levant.

Corps de Santé des troupes coloniales. — Sont placés dans la position de disponibilité et sont affectés : Médecins capitaines. MM. Barillet, à la 15e région; Dupot, à la 13e région; Surreau, à la 9e région

— Sont affectés : En Indochine, MM. Malaussene, Marquaud, médecins commandants et Gilis, médecin capitaine.

En Afrique occidentale française, M. Balzean, médecin capitaine.

A Madagascar, M. Vermer, médecin capitaine.

A la Guyane, M. Boyé, médecin capitaine

— Sont autorisés à prolonger leur séjour outre-mer. En Tunisie, M. Miguel, médecin commandant; au Cameroun, M. Montestruc, médecin capitaine.

— Sont affectés en France : MM. Calandreau, médecin commandant, au 12e rég. de tirailleurs sénégalais; Mondain, médecin capitaine, au dépôt des isolés des troupes coloniales de Marseille.

— Sont affectés : En Indochine, M. Cartrou, médecin colonel; à la Martinique, M. Jauneau, médecin colonel; au 14e rég. de tirailleurs sénégalais, M. Duraud, médecin capitaine; au 16e rég. de tirailleurs sénégalais, M. Alain, médecin capitaine; au 41e rég. de tirailleurs malgaches, M. Ledoux, médecin lieutenant-colonel; au dépôt des isolés des troupes coloniales, M. Steveuel, médecin lieutenant-colonel.

— Sont nommés dans la réserve du Corps de Santé des troupes coloniales : Au grade de médecin lieutenant-colonel, MM. Cheynet, Socelayrol, médecins lieutenants-colonels retraités; au grade de médecin commandant, MM. Dhoste, Dubaleu, Pinaud, Riquier, Kervraun, médecins commandants retraités; au grade de médecin capitaine, MM. Riorteau, Gaye, médecins capitaines retraités.

— Sont affectés : A la disposition du Service de Santé de la région de Paris, MM Kervraun, médecin commandant et Adam, médecin lieutenant; du Service de Santé de la 8e région, M Baillon, médecin capitaine; de la 11e région, MM. Bonnégal, médecin lieutenant; de la 14e région, M. Cheynel, médecin lieutenant-colonel; de la 15e région, MM Soulayrol, médecin lieutenant-colonel; Riquier, Salonne, Kroun, médecins commandants; Slanko, médecin capitaine et Grubier, médecin lieutenant; de la 18e région, MM. Dhoste, Dubaleu, Pinaud, médecins commandants; Riorteau, Gaye, Auge, médecins capitaines; au centre mobilisateur colonial d'infanterie n° 169, M. Combes, médecin commandant; au centre mobilisateur colonial d'infanterie n° 219, M. Merah, médecin lieutenant; à la disposition du général commandant supérieur des troupes du groupe de l'Afrique occidentale française, M Crudeli, médecin lieutenant; à la disposition du général commandant supérieur des troupes du groupe de l'Indochine, M. Buffon, médecin capitaine.

— Sont affectés : en Indochine, MM. Belgy, Morvan, médecins capitaines; en Afrique occidentale française, MM. Cazonove, médecin colonel et Lacommère, médecin capitaine; au Cameroun, M. Delinotte, médecin commandant; à Madagascar, M. Conuessou, médecin capitaine; à la Guadeloupe, M. Philaire, médecin capitaine.

— Sont autorisés à prolonger leur séjour outre-mer : en Indochine, MM. Picot, Bourou, Gerbinès, médecins capitaines; en Chine, MM. Esserteau, Ringenbech, médecins lieutenants-colonels; en Afrique équatoriale française, M. Muroz, médecin commandant

— Sont affectés en France : M. Perreaux, médecin commandant, au 12e rég. d'artillerie coloniale: MM. les médecins capitaines Hauvespre, au 21e rég. d'infanterie coloniale; Dejour, au 4e rég de tirailleurs sénégalais; Passerieux, au 51e rég. de tirailleurs indochinois.

— Tour de service colonial à la date du 1er Décembre. Médecin lieutenant-colonel : M. Lacroix. Médecins commandants : MM. Gayot, Colibœuf, Vernon, Authier. Médecin capitaine : M. Michaud.

REVUE DES JOURNAUX

ANNALES DE DERMATOLOGIE ET DE SYPHILIGRAPHIE (Paris)

Nicolau. *Sur le phénomène de migration cellulaire intra épidermique dans le nævo-carcinome* (*Annales de Dermatologie et de Syphiligraphie*, 7e série, tome I, n° 7, Juillet 1930). — L'examen histologique d'un nombre important de tumeurs *secondaires* provenant d'un cas de nævo-carcinome généralisé a permis à N. de constater dans l'épiderme de recouvrement des tumeurs plus développées et, parfois aussi, dans les follicules pileux et les prolongements interpapillaires, l'existence de cavités ou thèques contenant un nombre plus ou moins important de cellules libres, dépourvues de filaments unitifs. Ces altérations avaient été signalées par divers auteurs, Unna, Darier, mais seulement dans les nævi et nævo-carcinomes *primaires*.

N. estime que les cellules libres emprisonnées dans les thèques ne son pas des éléments nés sur place, qu'elles ne sont pas, comme le soutient Darier, des cellules épidermiques rendues libres par ségrégation, mais bien des éléments cellulaires *importés*, provenant de la masse tumorale sous-jacente ; il s'agirait là, par conséquent, d'une sorte de métastase intra-épidermique En faveur de leur origine étrangère, plaident les arguments suivants : absence complète de filaments d'union, pigmentation spéciale à grains fins, semblables à celles des cellules tumorales.

Les cellules du nævo-carcinome possèdent donc la faculté de se mobiliser et de se propager au loin. Ces nids cellulaires libres dans l'épiderme, qui ne sont que des éléments tumoraux parvenus dans l'épiderme par voie de migration, une fois arrivés là, sont capables de se multiplier sur place, de creuser des cavités dans l'épiderme ; elles sont entraînées par le flot montant des cellules épidermiques vers la surface où elles sont éliminées par le processus de l'exfoliation.

R. Burnier.

Truffi. *Immunité, surinfection, réinfection dans la syphilis* (*Annales de Dermatologie et de Syphiligraphie*, 7e série, t. I, n° 7, Juillet 1930). — Il n'existe pas d'immunité naturelle contre la syphilis chez l'homme et beaucoup d'espèces animales considérées comme réfractaires ne le sont qu'en apparence. L'immunité conférée par une infection syphilitique vis-à-vis de nouvelles infections n'est pas complète ; les lésions de réinoculation suivent en général le type des manifestations de la période dans laquelle le syphilit que se trouve.

Il est probable que, déjà lors de la 1re incubation de la syphilis, des conditions d'immunité commencent à se manifester. A la 2e incubation, l'immunité, faible au début, s'accentue progressivement. La lésion de réinoculation présente, au début, le type du chancre, plus tard celui d'une papule ; ultérieurement, la papule n'est pas constante.

Les téguments, dans la période tertiaire, réagissent violemment à l'apport de nouveau virus. L'immunité subit une notable atténuation comparativement aux périodes précédentes. Dans la paralysie générale, il y a un état réfractaire presque absolu des téguments à la réinoculation ; cet état est moins absolu dans le tabes.

Pratiquement, on peut admettre qu'un syphilitique peut guérir, bien qu'il n'existe pas de preuves absolues de la guérison. Mais il est impossible de fixer une limite nette entre la superinfection et la réinfection.

R. Burnier.

Sabouraud. *Traitement par les pâtes épilatoires des mycoses interdigitales chroniques* (*Annales de Dermatologie*, 7e série, tome I, n° 9, Septembre 1930). — Alors qu'il est facile de guérir les mycoses cutanées superficielles, il est difficile de traiter les mycoses profondes, car on ne peut joindre le parasite là où il se cache ; c'est ce qui arrive pour les onychomycoses où S. a préconisé l'évidement des parties malades avec une fraise perforatrice de dentiste, suivi d'application d'un alcool iodé; c'est ce qui arrive encore dans l'eczéma hyperkératosique interdigital dont la nature mycosique est démontrée.

Dans ce cas, S s'est bien trouvé de l'emploi d'une pâte épilatoire. Après un bain de pied long et chaud, le malade dépose entre les orteils malades une couche épaisse d'une pâte molle faite en délayant une poudre épilatoire au sulfure de baryum avec de la glycérine; les applications durent de 20 à 40 minutes sans incidents; on lave à grande eau et on frictionne ensuite avec de l'alcool iodé.

R. Burnier.

Lortat Jacob et Bucquoy. *Traitement de l'orchi-épididymite blennorragique par le sérum antiméningococcique* (*Annales de Dermatologie*, 7e série, tome I, n° 9, Septembre 1930). — L.-J. et B. ont traité avec succès plusieurs cas de manifestations orchitiques et épididymaires de la blennorragie par les injections de sérum antiméningococcique, en supprimant toute autre médication.

La sérothérapie se fait par voie intramusculaire pendant 4 jours consécutifs : le 1er jour on injecte 40 cmc. le 2e jour 30 cmc, le 3e jour 20 cmc et le 4e jour 20 cmc. Les injections sont parfaitement tolérées ; 12 heures après la 1re injection, le malade éprouve un soulagement réel et la douleur est rapidement influencée ; les manifestations locales s'amendent également : tuméfaction, œdème, fluxion locale. Au bout du 4e jour de traitement, le malade est complètement transformé ; seul l'épididyme reste un peu douloureux à la pression.

L.-J. et B. ont recherché si avec d'autres médicaments on observait des résultats comparables; ils utilisèrent les injections d'hémostyl, de sérum antidiphtérique, de sérum antigonococcique : les résultats obtenus furent nuls ou insignifiants.

R. Burnier.

ARCHIVES INTERNATIONALES de LARYNGOLOGIE, OTOLOGIE, RHINOLOGIE et BRONCHO-ŒSOPHAGOSCOPIE (Paris)

F.-G. Collet et H. Proby (Lyon). *Troubles cardiaques et vertiges d'origine labyrinthique; les relations entre les centres bulbaires du pneumogastrique et du nerf vestibulaire* (*Archives internationales de Laryngologie*, t. IX, n. sér., Juin 1930). — C. et P. rapportent l'observation d'un homme de 53 ans blessé en 1915 par une balle, qui traversa la joue gauche, et sectionna la partie inférieure du pavillon de l'oreille gauche Fracture du rocher, paralysie faciale gauche. Depuis, surdité absolue gauche. En outre, il y a atrésie complète du conduit auditif gauche empêchant la suppuration de se drainer.

Depuis cette époque le malade présente des crises vertigineuses auxquelles s'ajoutent, à partir de 1927, des vomissements, syncopes et ralentissement du pouls à 40. Hospitalisé en 1928 et examiné par M. Gallavardin, on note alors une oreille gauche complètement sourde, un labyrinthe inexcitable totalement aux diverses épreuves, cela contrastant avec une oreille droite normale, tant au point de vue vestibulaire qu'au point de vue cochléaire.

A ce moment on note, aussi, outre des troubles vertigineux classiques, des syncopes brusques avec perte de connaissance.

La compression du X donne des résultats variables. Tantôt négatifs, tantôt provoquant une syncope brutale.

Un électrocardiogramme montre qu'il s'agit dans ce cas d'arrêts cardiaques d'origine sinusale la compression des globes oculaires a même provoqué une pause totale suivie de bradycardie sinusale. Il n'existe aucun trouble de conduction.

En Mars 1928, on pratique un large évidement pétro-mastoïdien. 3 mois après l'intervention le labyrinthe gauche réagit légèrement aux diverses épreuves d'exploration.

Le réflexe oculo cardiaque gauche, examiné à plusieurs mois d'intervalle, donne des résultats variables : tantôt faible, puis exagéré, puis inverse, provoquant alors une accélération du pouls, puis nul, alors que le réflexe oculo-cardiaque droit est normal Mais, les crises d'allure cardiaque ont disparu. Si les pulsations se ralentissent, il n'y a plus de syncopes non plus que de grandes crises vertigineuses.

Il s'agit donc bien d'un malade ayant présenté des troubles cardiaques en rapport avec l'affection labyrinthique puisqu'ils ont diminué considérablement depuis l'intervention.

C. et P croient pouvoir expliquer ce phénomène par les rapports intimes qui unissent, au niveau du plancher du 4e ventricule, noyau vestibulaire et racine descendante de l'acoustique, d'une part, et, d'autre part, noyau dorsal du X.

On peut admettre que des phénomènes infectieux de résorption toxinique partis du foyer mastoïdien et labyrinthique, favorisés par des lésions nerveuses dégénératives, ont pu gagner les noyaux vestibulaires et par contiguïté le noyau sensitif du X.

C'est sur la proximité du V et du X que se base l'explication physiologique du réflexe oculo-cardiaque. Pourquoi refuser la même interprétation à ce réflexe cardio labyrinthique?

C. et P. pensent qu'il doit exister, chez des blessés de guerre anciens ou des convalescents de maladies infectieuses, des troubles cardio-labyrinthiques qu'une recherche attentive pourrait déceler et ce serait une preuve de plus de la synergie de la plupart des organes nerveux.

H. Bourgeois.

L'ENCÉPHALE (Paris)

De Jong et Baruk. *La catatonie expérimentale par la bulbocapnine et le syndrome catatonique chez l'homme ; étude comparative* (*L'Encéphale*, n° 2 Février 1930). — Cet intéressant article constitue la synthèse d'une série d'études échelonnées sur plusieurs années. A l'aide de la bulbocapnine et suivant les doses employées, les auteurs ont, chez l'animal, réalisé différents symptômes, différents syndromes qui ne semblaient avoir entre eux aucune commune mesure.

C'est tout d'abord la catalepsie avec la perte de l'initiative motrice, la prise et la conservation des attitudes imposées puis le négativisme avec résistance spontanée aux attitudes que l'on veut imprimer à l'animal. Avec des doses plus fortes encore, ce sont les hyperkinésies rappelant les impulsions, les agitations brusques, parfois des gestes stéréotypés

« à allures pathétiques ». Ce sont enfin les crises hystériformes ou épileptiformes.

Tous ces états ont été étudiés avec le plus grand soin au point de vue myographique; la conclusion la plus importante à tirer de ces enregistrements, c'est que ces contractions avaient tous les caractères de la contraction volontaire.

On comprend la valeur des directives fournies par ces importants travaux dont la technique expérimentale, la discussion des faits sont au-dessus de toute critique. M. Nathan.

De Jong et Baruk. *Pathogénie du syndrome catatonique et catatonie expérimentale* (*L'Encéphale*, n° 3, Mars 1930). — Ce travail fait suite au précédent. Après avoir rappelé les expériences qui militent en faveur de la nature organique, les auteurs ont cherché à localiser le symptôme ou plutôt l'ensemble des symptômes catatoniques. On a été par trop influencé par les enseignements de l'encéphalite épidémique et l'on a eu peut-être trop tendance à incriminer exclusivement les noyaux gris. En réalité la bulbocapnine, employée dans les recherches expérimentales, exerce une action diffuse et les vrais syndromes rappelant la catatonie n'ont pu être reproduits que chez des animaux possédant un néopallium.

« Du reste, ajoutent les auteurs, quant aux analogies apparentes avec le syndrome des noyaux gris de la base, et, en particulier, avec le syndrome parkinsonien, elles ne sont que superficielles. Ces deux ordres de syndromes, malgré les éléments en apparence voisins (akinésie, attitude en flexion, etc.), sont situés en réalité sur des plans différents: le plan moteur pour le parkinsonisme, le plan psychomoteur pour la catatonie. La catalepsie parkinsonienne est secondaire à la rigidité, la catalepsie catatonique est un symptôme primaire. » Rappelons enfin la différence de la contraction myographique qui, dans l'une, a les types de l'automatisme, et dans l'autre, celui du mouvement volontaire.

Grâce à ces travaux les auteurs ont donc placé bien des problèmes sur le terrain de la physiologie. M. Nathan.

Th. Alajouanine et M. Gopcevitch. *L'hypotonie statique, étude clinique et graphique des synergies musculaires de la statique dans l'hypotonie* (*L'Encéphale*, n° 4, Avril 1930). — Lorsque le sujet est debout, il faut qu'il tonifie ses muscles du plan dorsal segment par segment (muscles de la nuque, muscles latéro-vertébraux, masse sacro-lombaire, muscles fessiers). Cet état tonique est *le tonus d'attitude*. Les muscles de la face antérieure du corps — muscles de la jambe, de la face antérieure de la cuisse, muscles de l'abdomen — ont une action intermittente destinée à ramener le corps déplacé, au cours de la poussée par exemple, dans sa position primitive: c'est le *réflexe d'attitude*.

Assurément la position du corps n'est pas immuable et, suivant les besoins du rétablissement de l'équilibre, cette contraction compensatoire affectera les muscles de la jambe ou les muscles du plan antérieur sus-jacents.

Il convient encore de définir ce que Foix a appelé *l'équilibre de suspension*. Le corps, dans une position donnée, est suspendu à la contraction du muscle antagoniste de cette attitude, « dans l'attitude dite hanchée, le bassin est suspendu aux fessiers homolatéraux au membre portant, la colonne vertébrale est suspendue aux sacro-lombaires controlatéraux au membre portant ».

A côté de ces phénomènes de *suspension segmentaire*, « il existe des phénomènes musculaires qui ont la signification d'un *équilibre de suspension spatiale* ». Cet équilibre peut être modifié isolément par rapport aux précédents.

Dans les chapitres qui suivent, A. et G. précisent la technique de l'examen du sujet, vu d'abord immobile dans la station débout, de façon à identifier les muscles du plan antérieur agissant: l'épreuve de la poussée, qui nécessite un rétablissement rapide de l'équilibre, l'épreuve de l'accroupissement qui par la comparaison de l'élévation des talons d'un côté à l'autre permet de mettre en évidence des hypotonies légères. Au cours de ces examens, le relevé de l'empreinte plantaire ajoute des précisions nouvelles.

Les auteurs envisagent successivement le cas de l'hypotonie unilatérale sans déséquilibre, de l'hypotonie unilatérale avec déséquilibre et de l'hypotonie bilatérale sans déséquilibre apparent.

M. Nathan.

L'HYGIÈNE MENTALE

G. Heuyer et L. Le Guillant. *De quelques toxicomanies nouvelles* (*L'Hygiène mentale*, Mars 1930). — Les auteurs consacrent un remarquable article à l'étude de deux toxicomanies, qui s'exercent pour ainsi dire en toute liberté: la toxicomanie parégorique et la toxicomanie barbiturique.

La première est relativement assez répandue et, comme le font remarquer les auteurs, elle est loin d'être bénigne, car les malades arrivent à des doses considérables qu'ils obtiennent en achetant la drogue dans différentes pharmacies. On peut en effet débiter sans ordonnance une dose qui ne dépasse pas 30 gr. Les symptômes se manifestent par de la confusion mentale avec délire onirique, visions terrifiantes, etc.

La toxicomanie par les barbituriques, le somnifène en particulier, est plus répandue encore et les auteurs apportent à l'appui de leurs dires des observations tout à fait suggestives. A doses massives. en effet, avant de produire un délire particulièrement brutal et violent, le somnifène, par exemple, détermine un état d'euphorie avec hypomanie; mais comme les autres intoxications du même genre, elle fait du sujet un homme aussi veule que le morphinomane, aussi égoïste, aussi insouciant de tout ce qui n'est pas le moyen de se procurer de la drogue.

A côté de la toxicomanie, les barbituriques sont très employés dans les tentatives de suicide, ainsi que le montrent les statistiques,

Il est donc temps, disent les auteurs, de réglementer la vente de ces différents produits.

M. Nathan.

LE MONDE MÉDICAL
(Paris)

Paul Ravaut. *Les conséquences d'une réaction positive ou négative du liquide céphalo-rachidien au cours de la syphilis d'après 30 années d'observation: la période biologique de la syphilis nerveuse* (*Le Monde médical*, tome XL, n° 771, 1er Juin 1930). — Les principales notions que nous possédons actuellement sur l'état du liquide céphalo-rachidien au cours de la syphilis ont eu pour origine les travaux de R. Ses premières recherches sur les réactions méningées latentes de la syphilis secondaire datent de 1903 et découlent directement du cyto-diagnostic dont, avec son maître Widal, il venait de créer la technique en 1900. Ils furent le point de départ de cette étude, alors toute nouvelle, qui prend chaque jour une importance de plus en plus grande, surtout pour le diagnostic et le traitement précoces de la syphilis nerveuse. Depuis 30 ans S. poursuit cette étude, perfectionnant sans cesse la technique, et il a publié dans de nombreux mémoires successifs ses observations et les déductions nouvelles qu'elles comportent.

Dans ce long et important travail il expose la série de ses recherches et rapporte les principales observations qui lui ont permis d'avancer les opinions qu'il soutient aujourd'hui: elles justifient sa division de l'évolution des principales formes de la syphilis nerveuse en deux grandes phases: l'une *biologique*, sans aucun signe clinique, uniquement décelable par l'analyse du liquide céphalo-rachidien, précédant parfois d'un temps très long la seconde phase ou période *clinique* débutant avec l'apparition du premier signe clinique. Ce travail a trait à l'étude de la première phase biologique, dont les travaux récents sur la malariathérapie de la syphilis nerveuse ont montré tout l'intérêt en permettant de dépister dès cette période les atteintes précoces du spirochète sur le système nerveux et de les traiter aussitôt, beaucoup plus efficacement qu'à la période clinique.

Dans un premier chapitre, R. expose l'historique de la question. Il rappelle qu'après avoir étudié avec Widal et Sicard les réactions méningées de la syphilis nerveuse se traduisant par des symptômes cliniques, il décrivit ensuite en 1903 les réactions méningées latentes de la syphilis secondaire. Cette découverte inattendue l'amena à étudier systématiquement le liquide céphalo-rachidien au cours de la syphilis acquise et héréditaire, puis, en groupant les faits, à poursuivre l'évolution de ces réactions latentes. Chemin faisant, de nouveaux procédés — réactions des albumines (Widal, Sicard et Ravaut), du Bordet-Wassermann, du benjoin (Guillain), etc. — viennent préciser cette étude. Ayant pu suivre pendant de longues années de nombreux malades, il démontre en 1914 l'exactitude de l'opinion, qu'il avait émise dès 1903, que dans l'évolution de la syphilis nerveuse, les signes biologiques révélés par l'examen du liquide céphalo-rachidien précèdent parfois d'un très long temps l'apparition des signes cliniques. En matière de syphilis nerveuse la phase clinique est donc presque toujours précédée d'une phase « biologique », d'une durée parfois très longue : c'est la notion à laquelle aboutissent les travaux de R.

Dans un second chapitre l'auteur étudie les diverses réactions du liquide céphalo-rachidien et montre qu'elles sont en rapport avec des lésions anatomiques de différentes formes : méningées ou parenchymateuses ou les deux à la fois.

Dans un troisième chapitre, s'appuyant sur de nombreuses observations presque toutes personnelles, poursuivies parfois pendant 15 ans, il montre ce que deviennent les malades observés au cours de cette période biologique.—Parmi ceux qui ont présenté de très fortes réactions du liquide céphalo-rachidien, les uns guérissent par le traitement, d'autres conservent longtemps une méningite chronique, d'autres évoluent vers le tabes ou la paralysie générale. Il n'existe pas, à l'heure actuelle de réaction permettant de prévoir le sens dans lequel évoluera la syphilis nerveuse chez ces malades observés à cette phase biologique; aussi la prudence est-elle de les dépister aussi précocement que possible et de les traiter aussitôt.

En revanche dans un quatrième chapitre l'auteur montre que, chez des syphilitiques bien traités dès le début de la maladie, dont le sang et le liquide céphalo-rachidien sont normaux au début de la quatrième année de la syphilis, l'on ne voit pas survenir dans la suite de syphilis nerveuse. Il étudie les raisons de cette constatation et demande qu'étant donné l'importance qu'il attribue à la garantie ainsi fournie par la ponction lombaire, son opinion soit vérifiée.

Dans un cinquième chapitre il résume les faits et en tire des déductions générales que nous ne pouvons qu'énumérer dans ce résumé. Ce sont :

1° La précession des signes biologiques sur les signes cliniques au cours de la neuro-syphilis;

2° Les deux grandes étapes de cette évolution : période biologique, puis période clinique;

3° L'étude du meilleur moment pour pratiquer la ponction lombaire et dépister cette phase biologique. Cette question, que R. a posée pour la première fois en 1919, est importante, car l'on ne peut ponctionner plusieurs fois un malade. R. conseille l'examen du liquide céphalo-rachidien chez tout syphilitique, soit au moment où l'on va relâcher



VIVOLÉOL
VIVOLÉ
HUILE DE
VIVOLÉOL
HUILE DE FOIE DE MORUE
SPÉCIALE
LABORATOIRES DU
VIVOLEOL

son traitement, c'est-à-dire au début de la 4e année s'il est suivi depuis le début de la syphilis, soit plus tard si l'on veut fixer complètement son bilan pathologique. Il étudie à ce propos la valeur pronostique d'une réaction positive ou négative ;

4° Des considérations sur la pathogénie de la syphilis nerveuse :

a) La démonstration, par de nombreuses observations de malades longtemps suivis, que la plupart des neuro-syphilis s'amorcent dès la période secondaire, ont une phase de latence biologique parfois très longue, pour aboutir soit à la guérison, soit à la méningo-encéphalite chronique, soit à une neuro-syphilis caractérisée cliniquement;

b) L'importance des traitements initiaux qui empêchent la fixation des atteintes nerveuses et mettent, dès ce moment, le malade à l'abri des complications nerveuses ultérieures ;

c) L'importance et l'étude du terrain favorisant l'évolution du spirochète au niveau du système nerveux.

R. termine cet important mémoire en montrant que, pour la plupart des formes de neuro-syphilis, l'existence de cette phase biologique représente le chaînon intermédiaire entre le début de la syphilis et la phase clinique si magistralement attribuée autrefois par Fournier à sa véritable cause.

J. Dumont.

LYON CHIRURGICAL

W. Howard-Jones (Londres). ***Nouvelle méthode d'anesthésie rachidienne par la percaïne*** (*Lyon chirurgical*, tome XXVII, n° 5, Septembre-Octobre 1930). — La *percaïne* appartient à un groupe de produits chimiques dont on ignorait jusqu'ici les propriétés anesthésiques. C'est le chlorhydrate de la diéthyléthylène diamide de l'acide butyloxycinchoninique; il est un dérivé de la quinoléine et, par conséquent, apparenté à la quinine. Il est facilement soluble dans l'eau et l'alcool et donne des solutions neutres. Ces solutions, qui peuvent être portées plusieurs fois à l'ébullition sans se décomposer, doivent toujours être préparées avec de l'eau redistillée; d'autre part, il est important d'éviter tout contact de la percaïne avec les alcalis qui décomposent le chlorhydrate et provoquent un précipité de percaïne basique insoluble. Aussi, pour neutraliser l'alcaliniité qui pourrait provenir du verre des flacons, doit-on additionner les solutions de VI gouttes d'acide chlorhydrique dilué par litre. De même, pour compenser l'action vaso-dilatatrice légère de la percaïne, on ajoute aux solutions quelques gouttes d'adrénaline.

Les effets de la percaïne sont 10 fois plus intenses que ceux de la cocaïne et 20 fois plus que ceux de la novocaïne, de telle sorte que, quoique sa toxicité soit plus élevée que celle de ces deux produits, celle-ci se trouve réduite, en pratique, à un très faible degré par le fait des dissolutions extrêmement étendues (1 pour 500 à 1 pour 2.000) où elle est utilisée. D'autre part, malgré la très faible concentration de ces solutions, leur effet anesthésique local dépasse en durée celui de tous les produits connus jusqu'ici.

Laissant de côté l'emploi de la percaïne pour l'anesthésie locale et pour l'anesthésie régionale, H.-J. se borne, dans cet article, à donner les résultats qu'il en a obtenus dans la rachianesthésie.

Les concentrations des solutions de percaïne qui conviennent le mieux en rachianesthésie sont 1 pour 2.000, 1 pour 1.500 et 1 pour 1.000. Ces solutions doivent être fraîchement préparées et contenues dans des ampoules de 10 ou 20 cmc. On prépare généralement des ampoules de solution à 1 pour 1.000, à l'aide de laquelle on obtient des solutions plus diluées de 1 pour 1.500 et 1 p. 2 000 en ajoutant, dans la seringue même, une solution aqueuse de NaCl à 0,5 pour 100. La solution à 1 pour 2 000 est généralement suffisante pour les interventions d'environ 3/4 d'heure; celle à 1 pour 1.500 pour les opérations d'une heure et davantage; enfin celle à 1 pour 1.000 pour les interventions de 2 heures et plus.

La dose maximum à injecter est de 20 cmc et, l'injection ne devant, en aucun cas, atteindre les racines cervicales, D2 ou D3 doivent être considérées comme le niveau le plus élevé auquel la solution doive parvenir pour déterminer une anesthésie splanchnique satisfaisante. Le tableau des doses est le suivant : 15 à 18 cmc entre D2 et D3 et au-dessous ; 12 cmc aux environs de D7 ou D8 et au-dessous; 10 cmc aux environs de D10 et au-dessous, 6 cmc, blocage caudal sans atteindre les nerfs dorsaux. Pour anesthésier les racines dorsales, on injectera entre L 1 et L 2; pour le simple blocage caudal, on injectera les plexus sacré et coccygien entre L 4 et L 5 et le plexus lombaire entre L 1 et L 2.

La piqûre est faite en position latérale droite, de la manière ordinaire; on ne laisse échapper que quelques gouttes de liquide céphalo-rachidien. L'injection faite, le patient est étendu sur le ventre pendant quelques minutes afin d'imprégner ses racines postérieures, puis il est remis sur le dos et en légère position de Trendelenburg pour que la solution anesthésique imprègne également les racines antérieures. L'incapacité de lever les jambes prouve que le plexus lombaire est anesthésié. On découvre alors l'abdomen et on prie le malade de tousser, puis de s'asseoir : si les muscles abdominaux sont paralysés, la toux est difficile et le malade ne peut élever son thorax. On pince ensuite la région de la peau dont les nerfs dépendent de D4 en surveillant la réaction sur le visage : si l'essai est satisfaisant, on peut supposer que l'anesthésie splanchnique est établie.

A la suite de l'injection, il se produit d'une façon constante une certaine *chute de la pression sanguine* résultant de la paralysie vaso-motrice, mais cette chute est beaucoup moins grave que celle qui suit l'administration de fortes doses de novocaïne ou de stovaïne : le teint et l'aspect général du malade, la qualité du pouls en témoignent éloquemment. Cette non-toxicité relative de la percaïne résulte des très faibles concentrations des solutions employées qui rendent impossible l'absorption brusque de l'anesthésique par le courant sanguin. Il est rare, pour la même raison, qu'on observe des *vomissements* spontanés sur la table d'opération.

Un accident qu'il faut redouter davantage est la *défaillance de la respiration*. Tout emploi d'un dosage quelque peu élevé d'anesthésique est susceptible d'entraîner la paralysie des nerfs phréniques moteurs; mais en s'en tenant aux doses recommandées plus haut, il est bien improbable que la solution atteigne les 4es racines cervicales. Il est une autre cause plus fréquente de l'arrêt de la respiration en anesthésie dorsale haute : c'est la paralysie des nerfs intercostaux qui est plus prononcée avec les solutions de percaïne qu'avec la novocaïne. Il en résulte qu'une bonne partie du mécanisme respiratoire se trouve mise hors d'action, laissant aussi le diaphragme agir seul. Or, lorsque le diaphragme travaille seul, la dilatation des poumons se fait surtout dans les lobes inférieurs et très peu dans les supérieurs; il en résulte une tendance à l'anoxémie par ventilation imparfaite du poumon. Si en outre, par l'administration préalable de narcotiques ou par l'administration complémentaire de chloroforme ou d'éther, on a diminué l'excitabilité du centre respiratoire, on arrive finalement à l'arrêt de la respiration. Il faut donc, dans la rachi percaïnique, se méfier des narcotiques et, en cas de défaillance respiratoire au cours d'une rachi combinée à la narcose générale, renoncer aux inhalations simultanées d'acide carbonique et d'oxygène.

Les *insuccès* de la rachi percaïnique proviennent toujours d'une faute de technique : injection mal faite, dosage défectueux, etc. Ils sont donc évitables.

Quant aux effets post-opératoires, d'origine rachidienne, H.-J. signale, dans plusieurs cas, des *céphalées* parfois graves et ayant duré plusieurs jours et des *vomissements*, également graves et persistants lors des premiers essais, mais qui semblent avoir disparu depuis l'emploi de solutions fraîchement préparées avec du chlorure de sodium chimiquement pur. En tout cas, maux de tête et vomissements n'ont aucun rapport direct avec la quantité de percaïne injectée.

H. J. déclare qu'à l'heure actuelle il a pratiqué plus de 200 rachi-anesthésies à la percaïne, mais il ne donne aucune indication sur le genre d'opérations exécutées, sur les doses employées et la qualité de l'anesthésie dans chaque cas, sur les incidents ou accidents opératoires ou post-opératoires, etc...

I. Dumont.

MARSEILLE MÉDICAL

M. Arnaud (Marseille). ***Recherches sur les troubles de la tension du liquide céphalo-rachidien dans les traumatismes fermés du crâne*** (*Marseille médical*, an. LXVII, n° 13, 5 Mai 1930). — La constatation d'un syndrome infundibulaire est un fait courant chez les traumatisés du crâne, mais il ne signifie pas toujours : hypertension intracranienne. Il est fréquent de constater des symptômes d'hypertension sans hypertension réelle. De même, mais plus rarement, les signes cardinaux du syndrome de Duret peuvent manquer, malgré une hypertension certaine, quand les zones infundibulaires sensibles sont protégées par des états pathologiques antérieurs ou par un hématome étalé de la base.

Aussi l'affirmation d'hypertension est-elle délicate et doit-elle s'appuyer sur des examens du fond d'œil ou de la tension artérielle rétinienne.

Si la ponction lombaire n'est pas contre-indiquée, c'est la manométrie qui s'impose comme moyen certain de diagnostic. Encore le manomètre de Claude, ou mieux le tube gradué de Strauss, doivent-ils révéler, au préalable, par les épreuves de Queckenstedt ou de Stookey, l'entière perméabilité des communications sous-arachnoïdiennes crâne-rachis. L'exploration lombaire s'achève, pour A., après évaluation du temps de renouvellement du liquide céphalo-rachidien, épreuve qui peut mettre sur la voie du diagnostic causal de l'hypertension elle-même (embarrure, caillot, hémorragie persistante, œdème contusif).

Plus rarement, le manomètre révèle une hypotension nette (au-dessous de 15) du liquide céphalo-rachidien. C'est presque toujours une surprise qu'aucun élément symptomatique ne permet de soupçonner franchement.

Dans certains cas, A. a pu déceler un véritable déséquilibre tensionnel, donnant, à 12 ou 24 heures d'intervalle, des variations de la pression tantôt au-dessus, tantôt au-dessous du taux normal. Le syndrome clinique n'a rien de caractéristique et, en dehors du manomètre, il n'est que la constatation de spasmes artériels rétiniens qui permet de soupçonner le trouble.

A. insiste, en conclusion, sur la nécessité d'utiliser toujours les procédés d'exploration physique manométrique ou les compléments d'examens oculaires avant d'entreprendre un traitement actif contre une perturbation de la tension du liquide céphalo-rachidien difficile à distinguer des autres par les seules ressources de la clinique.

J. Dumont.

JOURNAL DE MÉDECINE DE LYON

A. Sargnon (Lyon). ***Les céphalées d'origine nasale*** (*Journal de Médecine de Lyon*, tome XI, n° 260, 5 Novembre 1930). — Les céphalées d'origine nasale sont plus fréquentes qu'on ne croit ; beaucoup de lésions plus ou moins chroniques et latentes peuvent provoquer des céphalées, surtout chroniques et d'apparence rebelles. Le rapport du

Congrès d'Oto-neuro-oculistique de Bordeaux, en 1929, a bien mis en vedette la fréquence de la triple origine : nerveuse, oculaire ou nasale.

Les céphalées nasales, exceptionnellement dues à des lésions congénitales, sont le fait de lésions acquises, traumatiques, inflammatoires, nerveuses ou néoplasiques. En clinique, ces céphalées sont dues surtout aux lésions inflammatoires aiguës ou chroniques du nez et des sinus, particulièrement aux lésions postérieures ; parfois elles ont une origine sympathico-trigémellaire qu'il convient de rechercher minutieusement.

Dans le mécanisme de la céphalée d'origine nasale, il faut incriminer surtout : la congestion, l'obstruction, l'infection, la compression.

La céphalée est, suivant le siège : unilatérale ou bilatérale antérieure, postérieure ou mixte ; suivant l'intensité : légère, moyenne ou intense, parfois méningiforme.

Le diagnostic est à faire avec toutes les causes générales ou locales des céphalées, et plus particulièrement avec les céphalées d'origine oculo-orbitaire.

Le traitement médical varie suivant la cause ; il consiste essentiellement à augmenter la perméabilité nasale par l'adrénaline, l'éphédrine ; à calmer les douleurs par une médication locale et générale.

Le traitement chirurgical, naturellement variable suivant la cause, est surtout endo-nasal : badigeonnages anesthésiques, particulièrement du cornet moyen et de sa partie postérieure, véritable point sympathico-trigémellaire du nez et aussi de l'œil. Parfois l'ouverture du sinus malade ou la résection de la région malade du nez s'impose, surtout l'ablation partielle du cornet moyen, le tiers postérieur notamment, opération qui donne de très bons résultats par aération du carrefour ethmoïdo-sphénoïdal et action nerveuse.

Aussi, par une thérapeutique nasale médicale ou chirurgicale bénigne, on peut, dans nombre de cas, améliorer et même guérir des céphalées dites rebelles.

L. Langeron (Lille), *La radiothérapie de la région surrénale* (*Journal de Médecine de Lyon*, tome XI, n° 260, 5 Novembre 1930). — La radiothérapie de la région surrénale, agissant, soit par action sur la glande surrénale elle-même, soit par action sur les éléments sympathiques de la région, soit par action sur les deux à la fois, paraît susceptible de donner des résultats intéressants dans un certain nombre d'affections circulatoires : hypertensions du type paroxystique, artérites oblitérantes des membres inférieurs, troubles vasomoteurs et trophiques de ces membres en dehors des oblitérations artérielles. De plus, les modifications biologiques obtenues par son emploi permettent d'en étendre les indications à d'autres maladies, telles que le diabète, la tétanie et les syndromes d'hyperthyroïdie ; mais ces dernières éventualités sont encore à l'étude et elles ne sont mentionnées ici qu'à titre purement documentaire et réclament, pour être admises, une expérience plus étendue.

Il est vraisemblable que cette méthode agit en régularisant le jeu des réflexes sympathiques, vasomoteurs et tensionnels, et végétatifs. La technique en est précisée dans l'article ci-dessous.

R. Desplats (Lille). *Notre technique de radiothérapie des régions surrénales* (*Journal de Médecine de Lyon*, tome XI, n° 260, 5 Novembre 1930). — Cette technique est une technique de radiothérapie moyennement pénétrante, à doses moyennes : 2.000 R. sur les régions paravertébrales comprises entre D[11] et L[2], en 4 séances de 1.000 R., alternées à droite et à gauche, dans l'espace de 8 jours. 5 à 10 millim. d'aluminium comme filtration. Dans les conditions optimum, D. n'a pas pu faire pénétrer plus de 468 R. sur les capsules surrénales, ce qui est une dose faible et très faible et très éloignée des 4.000 R. en profondeur recherchés en radiothérapie profonde. Cette technique n'est donc pas une technique de radiothérapie destructrice, mais une technique de radiothérapie *fonctionnelle* qui agit vraisemblablement sur le système neuro-endocrinien.

L'organisme tolère d'ailleurs parfaitement cette façon de procéder et la plupart des sujets n'ont jamais accusé le moindre phénomène réactionnel local (démangeaisons, érythèmes cutanés) ni général. Quelques-uns seulement ont manifesté de la fatigue dans les jours qui ont suivi les séances ; un petit nombre ont accusé un véritable choc, se traduisant par un état nauséeux durant parfois 48 heures.

DERMATOLOGISCHE WOCHENSCHRIFT

(Leipzig)

Darier. *Eczéma artificiel en coulée* (*Dermatologische Wochenschrift*, tome XCI, n° 32, 9 Août 1930). — De nombreuses substances non caustiques, ni même irritantes, peuvent provoquer par application sur la peau une réaction eczématiforme. Il est impossible de tracer une limite nette entre les dermites artificielles eczématiformes et l'eczéma, vu qu'on rencontre toutes les formes intermédiaires et que l'eczématisation, caractérisée par l'état spongioïde, relève dans tous les cas d'une intolérance de la peau vis-à-vis d'une substance nocive ; cette intolérance peut être innée (idiosyncrasie) ou acquise (sensibilisation).

Un épileptique traité par le bromure a un furoncle du cou et est pansé avec des compresses de gaze imbibées d'eau boriquée à 4 pour 100 ; ce pansement détermine une dermite eczématiforme d'un rose vif avec épiderme décollé et vésicules confluentes ; en outre, de l'angle inférieur du placard de dermite part une coulée éruptive sinueuse qui descend jusqu'à la ceinture et qui est due certainement à la coulée de l'eau boriquée du pansement.

On ne peut, dans ce cas, incriminer l'action irritante de l'acide borique ; il semble s'agir d'une sursensibilité particulière du sujet nerveux traité par le bromure. En tout cas, il est remarquable de noter la limitation exacte de la réaction au territoire cutané soumis à l'agent causal et la rapidité extraordinaire avec laquelle l'agent intoléré peut provoquer une eczématisation. R. Burnier.

Gr. Little. *Variété non décrite de lichen plan* (*Dermatologische Wochenschrift*, tome XCI, n° 32, 9 Août 1930). — L. a décrit, en 1915, un type clinique caractérisé par une alopécie cicatricielle des parties velues (cuir chevelu, aisselles, pubis) accompagnée d'une éruption rappelant le *lichen spinulosus*.

Des cas analogues ont été ultérieurement rapportés par d'autres auteurs, toujours chez des femmes, et l'alopécie cicatricielle était toujours associée au lichen plan, le plus souvent du type *acuminatus*.

L'alopécie peut se développer rapidement et aboutir à une destruction complète du follicule pileux ; cette alopécie peut précéder ou suivre les autres manifestations de la maladie, à des intervalles parfois prolongés.

Il est probable que certains cas étiquetés « folliculite décalvante » relèvent de ce syndrome et que l'affection connue sous ce nom doit être révisée. R. Burnier.

Nicolau et Stefanescu. *Radiothérapie indirecte dans le lichen plan* (*Dermatologische Wochenschrift*, tome XCI, n° 32, 9 Août 1930). — La radiothérapie indirecte du lichen plan peut se pratiquer suivant deux méthodes différentes : la *méthode profonde ou médullaire* de Pautrier et la *méthode superficielle ou sympathique* de Gouin.

Les auteurs ont relevé dans la littérature 177 cas de lichen plan traités par ces deux méthodes : 100 irradiés par la méthode de Pautrier et 77 par la méthode de Gouin. La 1re méthode a donné 69 guérisons, 10 améliorations et 21 échecs ; la 2e, 58 guérisons, 8 améliorations et 11 échecs.

Les auteurs ont employé la radiothérapie indirecte dans 13 cas de lichen plan : 2 cas de lichen zoniforme furent traités par la méthode de Pautrier avec 1 guérison et 1 échec ; 6 cas (dont 1 zoniforme et 5 généralisés) furent traités par la méthode de Gouin (irradiation dorso-lombaire) avec 2 guérisons, 1 amélioration et 3 échecs ; 5 cas de lichen généralisé furent traités par l'irradiation périphérique (carrefours vasculo-sympathiques de Gouin) avec 4 guérisons, 1 amélioration et 1 échec.

Dans les cas favorables, le premier phénomène observé est la diminution du prurit dès les premiers jours, parfois avec une exacerbation passagère ; la résorption des éléments papuleux est plus lente et n'est complète qu'après 1 mois à 1 mois 1/2 ; la pigmentation consécutive est légère. Parfois, des éléments nouveaux apparaissent après l'irradiation. Les lésions buccales ne sont pas ordinairement modifiées.

Le plus souvent, une seule séance a été employée ; chez 2 malades seulement, l'irradiation a été répétée une deuxième fois avec succès.

R. Burnier.

Bruusgaard. *2 cas d'herpès étendu dont un avec névrite rétro-bulbaire* (*Dermatologische Wochenschrift*, tome XCI, n° 32, 9 Août 1930). — L'action neurotrope du virus herpétique est bien connue depuis les inoculations du liquide des vésicules d'herpès à la cornée du lapin.

B. a observé chez un couple un herpès très étendu des parties génitales, des lèvres et de la bouche ; à la suite de cet herpès, la femme présenta une kératite herpétique qui fut suivie d'une baisse de la vue et un ophtalmologiste constata l'existence d'une névrite rétrobulbaire.

Les rapports entre la kératite et la névrite paraissent évidents et ce cas, qui semble jusqu'ici unique dans la littérature, montre que le virus herpétique peut présenter également chez l'homme un neurotropisme manifeste. R. Burnier.

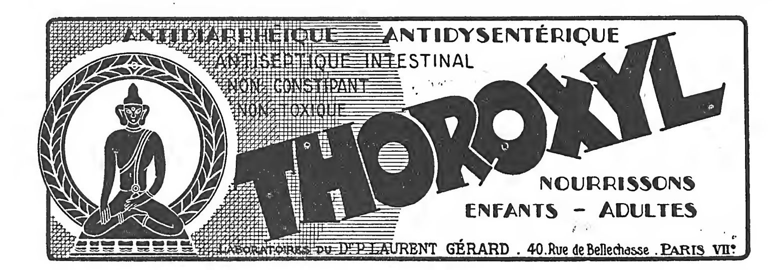
Kleeberg. *Lymphogranulome inguinal avec érythème noueux et lésions aphteuses vulvaires* (*Dermatologische Wochenschrift*, tome XCI, n° 37, 13 Septembre 1930). — Une femme de 22 ans entre à l'hôpital pour une érosion de la fourchette vulvaire analogue à une chancrelle, avec bubon inguinal gauche volumineux, indolent, sans tendance au ramollissement. La recherche du Ducrey est négative. La ponction des ganglions ne montre pas de tréponèmes. Wassermann négatif.

1 mois après, l'érosion est guérie ; le bubon se ramollit et la peau rougit. Une intra-dermoréaction avec le vaccin de Frei est positive, l'intra-dermoréaction avec du pus chancrelleux ou avec le Dmelcos est négative. La ponction du bubon donne issue à 5 cmc de pus.

2 mois après l'entrée de la malade, apparaît un érythème noueux typique sur le tiers supérieur de la jambe droite et, 6 jours après, un nodule sur le 2e doigt gauche. Au bout de 10 jours, l'érythème disparaît sans traitement spécial et brusquement apparaissent une quarantaine d'érosions aphteuses sur les petites et les grandes lèvres. L'examen microscopique ne montre aucun microbe au niveau des érosions.

La coexistence du lymphogranulome et de l'érythème noueux est rare ; quelques cas en ont été signalés, mais on n'a pas encore relaté de lésions aphteuses au cours du lymphogranulome inguinal.

K. estime qu'il existe des rapports étroits entre le lymphogranulome et l'érythème noueux et qu'il doit s'agir d'un processus métastatique de produits septiques ou toxiques.



ANTIDIARRHÉIQUE
ANTIDYSENTÉRIQUE
ANTISEPTIQUE INTESTINAL
NON CONSTIPANT
NON TOXIQUE
THOROXYL
NOURRISSONS
ENFANTS - ADULTES
LABORATOIRES DU Dr P. LAURENT GÉRARD . 40 Rue de Bellechasse . PARIS VII°

Les injections intra-cutanées de tuberculine donnent de bons résultats dans ces cas.

R. Burnier

Israelski. *Altérations de la peau et des ongles au cours du rhumatisme articulaire ankylosant* (*Dermatologische Wochenschrift*, tome XCI, n° 37, 13 Septembre 1930). — I rapporte 4 cas de polyarthrite chronique infectieuse et ankylosante dans lesquels apparurent des altérations de la peau et des ongles des doigts tout à fait particulières.

Au début, la peau de l'extrémité des doigts prend une coloration pigmentée brunâtre qui se transforme plus tard en un érythème inflammatoire; finalement, la peau s'atrophie Les ongles présentent en même temps des altérations plus ou moins marquées : hyperkératose sous-unguéale, striation, fragilité et parfois onychogryphose.

Ces lésions doivent être distinguées des altérations des extrémités qu'on observe dans la sclérodermie, l'acrodermatite chronique atrophiante, le psoriasis qui s'accompagne parfois d'une hyperkératose sous-unguéale assez analogue.

La pathogénie de ces lésions demeure obscure; chez un malade, on a trouvé un dysfonctionnement des glandes endocrines.

R. Burnier.

SCHWEIZERISCHE MEDIZINISCHE WOCHENSCHRIFT

(Bâle)

Walter Pulver. *La vitesse de sédimentation des érythrocytes dans les affections aiguës, en tenant compte tout spécialement du cours de la maladie, de la fièvre, de l'hémogramme ainsi que de la thérapeutique, du diagnostic et du pronostic* (*Schweizerische medizinische Wochenschrift*, tome LX, n° 30, 26 Juillet 1930). — Après avoir rappelé les théories proposées pour expliquer la sédimentation des érythrocytes, P. donne des détails sur la technique qu'il a employée.

Les chiffres normaux qu'il a observés au cours de 700 mensurations correspondent à ceux de Westergren : 1 à 7 mm. au bout d'une heure, 2 à 20 mm. au bout de 2 heures et 40 à 80 mm. au bout de 24 heures, chez les hommes; chez les femmes, les chiffres ont été de 4 à 11 mm. au bout d'une heure, de 8 à 30 mm. au bout de 2 heures et de 70 à 100 mm. au bout de 24 heures.

Le nombre des leucocytes ne varie pas comme la vitesse de sédimentation. Dans le stade précoce des infections, l'hémogramme constitue un caractère beaucoup plus sensible et beaucoup plus important pour le diagnostic différentiel que la sédimentation. Au stade tardif, c'est le contraire ; la sédimentation reprend de l'importance parce que l'hémogramme redevient normal plus vite.

La sédimentation s'accélère après que la température a déjà commencé à monter et on observe des cas où des élévations de température considérables sont accompagnées d'une sédimentation normale et inversement. Néanmoins, l'observation de la sédimentation constitue un moyen de contrôle précieux des effets de la thérapeutique.

Dans la scarlatine, la courbe de vitesse de sédimentation a présenté des variations sans modification du caractère clinique et n'a, en tout cas, pas permis de prévoir les complications. Cependant les complications, telles que la polyarthrite, l'endocardite, l'otite, accélèrent nettement la sédimentation. L'étude de la sédimentation dans cette maladie permet d'observer les tendances à la guérison et de suivre les complications.

Dans la grippe, la courbe de la leucocytose a été très variable et la sédimentation, presque normale pendant les premiers jours, a atteint son maximum de vitesse vers le 5e ou le 8e jour. Au cours de complications comme la pneumonie, la pleurésie, l'empyème, le nombre des leucocytes et la température se sont élevés tandis que la sédimentation s'accélérait considérablement. Ainsi la sédimentation sert à caractériser, dans une certaine mesure, la sévérité de la maladie.

Dans la pneumonie, la sédimentation atteint son maximum plus tardivement que les autres symptômes et elle revient à la normale plus tardivement, surtout en cas de retard de la résolution ou d'empyème.

Dans l'érysipèle, la sédimentation est accélérée pendant tout le cours de la maladie et le maximum d'accélération s'observe quelques jours après le retour de la température normale.

Dans la fièvre typhoïde, l'accélération de la sédimentation est très peu marquée et son maximum survient au moment où la maladie s'améliore.

Dans un cas d'endocardite lente, l'accélération de la sédimentation a été marquée.

Dans la méningite cérébro-spinale, la courbe de la sédimentation paraît osciller de façon parallèle avec la gravité de la maladie.

Dans le paludisme, l'accélération est d'autant plus marquée que l'accès dure plus longtemps.

Ainsi, dans aucune maladie infectieuse aiguë la sédimentation ne donne une courbe spécifique. Elle aide cependant parfois au diagnostic puisqu'elle est faible en cas de fièvre typhoïde et forte en cas de septicémie. D'autre part, une accélération de la sédimentation est, en dehors de la gravidité et de la menstruation, un indice tout à fait certain de processus pathologique et conduit, par conséquent, à faire faire un examen plus approfondi. Au point de vue pronostique, la sédimentation est encore plus importante et constitue un élément pour juger du cours de la maladie : une sédimentation qui reste rapide ou qui s'accélère est un signe que la maladie s'aggrave.

P.-E. Morhardt.

F. Wanner. *Etudes cliniques sur l'œdème* (*Schweizerische medizinische Wochenschrift*, t. LX, n° 30, 26 Juillet 1930).— W. étudie, chez une série de malades atteints de troubles respiratoires, d'abord la viscosité du sang total puis le nombre des globules rouges et le taux de l'hémoglobine, ensuite la viscosité du sérum, la réfractométrie du sérum, le rapport albumine- globuline, la « viscosité spécifique » du sérum, enfin le chlorure et l'urée du sang.

Pour étudier la viscosité, l'auteur a employé l'appareil de Hess avec manteau d'eau qui maintient l'appareil à une température constante. Il ne croit pas que l'adjonction de citrate de soude et la ponction de la veine cubitale, proposées par Josué et Parturier, puissent donner des résultats satisfaisants. Il reconnaît, d'ailleurs, que la méthode comporte des causes d'erreurs et qu'on ne peut en apprécier la signification qu'en tenant compte d'autres éléments. La « viscosité spécifique » est la viscosité d'un sérum normal contenant la même proportion d'albumine que le sérum étudié. Le quotient albumine globuline a été calculé avec la table de Rohrer. Il semble à W. prématuré d'admettre que la viscosité spécifique d'un sérum et la richesse en globuline soient des expressions synonymes.

Ces recherches ont été poursuivies d'abord chez une série de 9 cardiaques avec œdème et il a été constaté qu'à la période de décompensation la viscosité est augmentée d'autant plus que la cyanose est plus marquée. En même temps, il y a souvent polyglobulie de stase. Mais la concentration du sang est, en général, normale et l'œdème des tissus ne s'accompagne donc pas forcément d'œdème du plasma sanguin. Le facteur essentiel dans la viscosité est la masse des éléments figurés; vient ensuite l'excès de CO^2. Par contre, la viscosité diminue quand il y a diminution du nombre des globules ou lorsque le sérum est riche en eau. L'hydrémie apparaît lors de la résorption des œdèmes. Ce phénomène est donc un symptôme de déshydratation.

Le taux de l'albumine a été, chez ces malades, assez variable. Il diminue pendant la période de résorption des œdèmes, mais remonte bien avant la fin de ce phénomène. Les chiffres donnés en pareil cas par la réfractométrie sont viciés par l'apparition de substances réfringentes en rapport avec l'azotémie. D'autre part, l'administration de diurétiques augmente l'albumine du sérum au cours de la déshydratation. La viscosité du sérum a été faible dans la plupart de ces cas. Elle est abaissée par la résorption des œdèmes, mais il n'y a pas parallélisme entre la réfraction et la viscosité. En général, les albumines sont augmentées par rapport aux globulines. Le taux des chlorures a été remarquablement faible (5 à 6 gr. par litre). En cas de rétention ce sont donc les tissus et les liquides tissulaires qui en contiennent le sel en excès.

P.-E. Morhardt.

F. Wanner. *Etudes cliniques sur l'œdème* (*Schweizerische medizinische Wochenschrift*, t. LX, n° 31, 2 Août 1930). — Dans une série de 11 néphritiques avec œdème étudiés aux divers points de vue précisés dans un précédent travail, W. a constaté d'abord que, chez les cardio-rénaux, on observe les mêmes symptômes que chez les cardiaques. Lorsque l'anémie et l'azotémie progressent, on constate que la viscosité et la réfraction s'abaissent beaucoup. Il s'agirait là d'hypo-albuminose vraie, conséquence de l'albuminurie abondante et prolongée.

Chez 2 malades atteints d'hypertension et d'artériosclérose, au contraire, le sang était concentré comme l'a déjà constaté Veil.

Dans 3 observations de cachexie (cancer, tuberculose pulmonaire, anémie pernicieuse de la grossesse), on a constaté également un abaissement considérable de la viscosité et de la réfractométrie, de sorte que le quotient albumine-globuline ne peut pas être calculé. Il s'agirait là d'une hypoalbuminose primitive comme le pense Reiss, car il ne peut s'agir d'hydrémie.

La viscosité normale du sang correspond, selon Hess, au degré de concentration du sang qui assure le transport des substances nutritives avec le minimum de travail. Il est probable, en outre, que les colloïdes du sang entravent la diffusion de substances cristalloïdes contenues dans le sang. La viscosité varie dans des limites beaucoup plus larges que la tension ou l'équilibre acide base. Quand la viscosité s'abaisse beaucoup, il survient des accidents comme on en a observé à la suite d'injections de solution hypertonique ou après résorption trop brutale des œdèmes après administration de théophylline.

Quant à la viscosité spécifique, elle est supérieure à 1 toutes les fois qu'il y a désintégration cellulaire. Mais on ne saurait prétendre que le sérum de l'individu en bonne santé contient des colloïdes au degré minimum d'hydratation et qu'une modification ne peut intervenir que dans le sens de l'absorption de l'eau. Au contraire, la viscosité est abaissée dans les œdèmes de cachexie ou de famine et cet abaissement constitue un facteur essentiel de la disposition à l'œdème.

P.-E. Morhardt.

THE LANCET

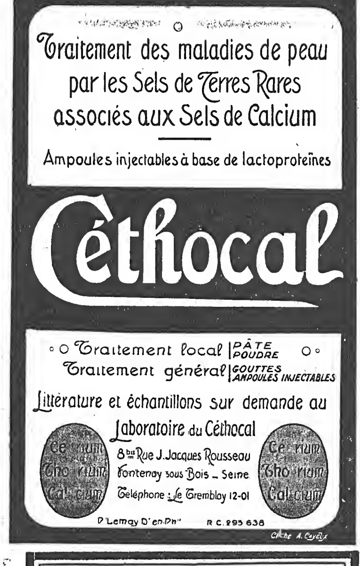
(Londres)

B. Verney. *Les réserves du rein* (*The Lancet*, vol. CCXIX, n° 5576, 12 Juillet 1930). — V. fait une étude physiologique fort intéressante des réserves rénales, en opposant la réserve anatomique à la réserve fonctionnelle.

La réserve anatomique dépend de la quantité de tissu rénal intact : on sait en effet que les 10 millions d'unités glomérulotubulaires ne fonctionnent pas simultanément, mais bien alternativement, et que, pour une unité donnée, périodes de travail et de repos se succèdent suivant un rythme régulier.

Si une fraction modérée du parenchyme rénal est


SÉRO-SÉRUM RIVIER
injectable
SANS DANGER D'ANAPHYLAXIE
SÉRUM HÉMOPOÏÉTIQUE DE CHEVAL
LABORATOIRES RIVIER 26-28 rue St Claude PARIS.


Traitement des maladies de peau
par les Sels de Terres Rares
associés aux Sels de Calcium
Ampoules injectables à base de lactoproteïnes
Céthocal
Traitement local | PÂTE POUDRE
Traitement général | GOUTTES AMPOULES INJECTABLES
Littérature et échantillons sur demande au
Laboratoire du Céthocal
8 bis Rue J. Jacques Rousseau
Fontenay sous Bois - Seine
Téléphone : Le Tremblay 12-01
Cerium Thorium Calcium
D' Lemay D' en Ph''
R C. 295 638


OSTELINE
Vitamine D — biologiquement contrôlée
Presenteé sous trois formes
GOUTTES
AMPOULES
COMPRIMÉS
étalonnée et contrôlée à un pouvoir vitaminique D constant
Echantillons et littérature
LABORATOIRES RISSA.
46 rue Claude Lorrain
LILLE


Glaxo

supprimée fonctionnellement, par exemple en liant une branche de l'artère rénale, la réserve anatomique entre en jeu, le rythme de repos et de travail s'accélère légèrement, et l'élimination urinaire continue sans modifications dans la composition chimique de l'urine.

Si, au contraire, on enlève chirurgicalement une portion importante de parenchyme rénal, on observe l'apparition immédiate d'une polyurie durable, en même temps qu'une modification chimique de l'urine, dont la composition se rapproche de celle du sérum sanguin. La réserve fonctionnelle du rein est entrée en action, un « stimulus » a augmenté la capacité excrétoire de l'épithélium tubulaire, mais cela aux dépens de la qualité de cette excrétion, qui devient moins sélective. Les expériences faites sur le rein perfusé ont montré que l'on obtient une réponse identique de l'épithélium tubulaire en augmentant la pression artérielle : il est donc probable que c'est par un mécanisme analogue que se fait ce déclanchement de la réserve fonctionnelle; mais il s'agit, non d'une hypertension artérielle généralisée, mais d'une hypertension localisée, purement rénale, réalisée par l'action des nerfs vasomoteurs sur les réseaux capillaires intra-rénaux.

Mais l'intensité de ce « stimulus » circulatoire est fatalement limitée par le niveau de la pression artérielle périphérique : lorsque ce stimulus ne sera plus suffisant pour exciter l'épithélium tubulaire surmené, l'organisme va réagir en provoquant une hypertension artérielle généralisée, qui donne une nouvelle marge au « stimulus » rénal, et ceci jusqu'à épuisement total de l'épithélium, jusqu'à « l'asystolie rénale ».

Ces notions physiologiques éclairent la pathologie rénale, expliquent la néphrite atrophique, sa polyurie initiale, son hypertension ultérieure. Quant à la néphrose, on peut réaliser ses principaux symptômes sur un rein perfusé, notamment l'oligurie et l'albuminurie, en diminuant la pression artérielle et surtout en augmentant la pression veineuse.

Il semble donc que la pression vasculaire locale, puis générale, joue un rôle capital dans l'adaptation du rein à une tâche augmentée, à la mise en train notamment de la réserve fonctionnelle.

R. Rivoire.

Schiff et Russell Brain. *Méningo-encéphalite aiguë associée au zona* (*The Lancet*, vol. CCXIX, n° 5576, 12 Juillet 1930). — Si la méningite zostérienne est maintenant bien connue, il n'en est pas de même de la méningo-encéphalite, qui s'observe très rarement, et que Netter a niée dernièrement. S. et B. en rapportent une observation qui ne semble pas discutable : un homme de 67 ans qui fit un zona cervical caractéristique, compliqué quelques jours plus tard de symptômes confusionnels, de paralysies légères et disséminées et d'un syndrome méningé franc, avec 120 lymphocytes à la ponction lombaire; le tout aboutissant à la mort 21 jours après le début du zona. L'autopsie ne fut malheureusement pas pratiquée.

Cette observation est encore intéressante à deux autres titres. En premier lieu, le malade a semblé transmettre la varicelle à son fils qui en fut atteint quelques jours avant la mort de son père. En outre, un essai de fixation de complément fut fait avec du sérum de convalescent de zona, en employant comme antigène le liquide céphalo-rachidien du malade : cette réaction se montra légèrement positive, alors qu'elle restait strictement négative avec d'autres sérums.

Cette observation semble bien démontrer la possibilité d'une encéphalite zostérienne; mais est-elle due au virus du zona ou à un virus de sortie? Comme pour les encéphalites varicelleuses vaccinales, rubéoliques, la question reste encore sans réponse.

R. Rivoire.

C. P. Symonds. *Sur la valeur de la ramisection dans les maladies avec contractures* (*The Lancet*, tome CCXIX, n° 5577, 19 Juillet 1930). — La ramisection des sympathiques des membres a été proposée par Royle pour traiter les affections spastiques, sur l'hypothèse que l'incitation nerveuse responsable de l'hypertonus était transmise par le sympathique. De nombreux succès magnifiques ont été rapportés par cet auteur, alors que des résultats tout à fait discordants ont été publiés par d'autres. Afin de vérifier de façon impartiale la valeur de l'intervention, plusieurs neurologistes anglais se sont réunis pour étudier l'action de la sympathectomie sur 6 jeunes malades choisis par Royle et opérés par lui. Il s'agissait de rigidité post-encéphalique; d'hémiplégie post-polioencéphalitique; de diplégie ou de quadriplégie plus ou moins marquées. La conclusion des enquêteurs fut que l'action est nulle dans les rigidités extrapyramidales; que dans les contractures pyramidales, une certaine amélioration peut succéder à l'intervention, mais que l'état antérieur est rattrapé après quelques semaines au maximum, ce qui donne à croire que l'amélioration est due plutôt au choc opératoire qu'à la ramisection.

R. Rivoire.

F. T. East et E. R. Cullinan. *Le nirvanol dans le traitement de la chorée* (*The Lancet*, t. CCXIX, n° 5578. 26 Juillet 1930). — E. et C. rendent compte de leurs résultats thérapeutiques dans 15 cas de chorée traités par le nirvanol.

La réaction caractéristique est apparue, dans presque tous les cas, du 6ᵉ au 15ᵉ jour; mais les symptômes ont été beaucoup moins constants que ne le disent les auteurs allemands : en particulier, le syndrome complet (rash, fièvre, accélération du pouls) ne fut observé que dans 4 cas; chez 3 malades, le rash apparut seul; chez un autre, la fièvre et l'accélération du pouls s'observèrent sans éruption morbilliforme. L'aggravation temporaire des symptômes de chorée fut notée souvent, mais s'atténua rapidement Dans 6 cas, on observa une asthénie qui alla parfois presque jusqu'au coma, au point de nécessiter la suppression du médicament.

L'amélioration s'observe d'ordinaire après la réaction, mais elle peut se voir également dans les cas où celle-ci fait défaut. Dans 6 cas existaient des lésions cardiaques sur l'évolution desquelles la médication n'eut aucune action.

La question reste entière, de savoir s'il est nécessaire d'utiliser une médication aussi énergique pour soigner une maladie qui guérit d'ordinaire spontanément; d'autant plus que l'action préventive sur l'endocardite est loin d'être prouvée. E. et C. estiment que ce remède doit être réservé aux cas non améliorés après 4 à 5 semaines d'évolution.

R. Rivoire.

J. Adie. *Hémianopsie définitive et hémorragie sous-arachnoïdienne au cours de la migraine* (*The Lancet*, vol. CCXIX, n° 5579, 2 Août 1930). — L'hémianopsie définitive est une complication peu connue des migraines de longue durée. A. en rapporte 7 observations. Il s'agit d'hémianopsie homonyme, d'ordinaire gauche, s'accompagnant parfois d'hallucinations sensorielles, non visuelles. De même, chez des malades analogues, et particulièrement chez ceux où la migraine alterne avec l'épilepsie, on peut voir survenir des hémorragies sous-arachnoïdiennes. La pathogénie de ces deux accidents est tout à fait inconnue.

R. Rivoire.

LA CLINICA CHIRURGICA

(*Milan*)

E. Berla (Milan). *Les résultats éloignés des interventions par voie périnéale pour les tumeurs malignes du rectum* (*La Clinica chirurgica*, N. S. An. VI, fasc. 7, Juillet 1930). — B., dans un précédent travail publié par cette même revue, a enregistré les cas de survie qu'il a observés, à la Clinique chirurgicale générale de Milan, après amputation du rectum pour carcinome par voie périnéale. Il nota alors (1928) 13 survies sans récidive : 2 après 6 ans, 3 après 4 ans, 1 après 3 ans, 3 après 2 ans, 4 datant de moins de 1 an.

Depuis, les mêmes malades ont été recherchés, et l'on obtient les chiffres suivants : 2 survies de 8 ans; 2 de 7 ans (le 3ᵉ malade de cette série est mort d'une infection intercurrente); 1 de 5 ans; 3 de 4 ans; 4 de 2 et 3 ans. Les guérisons de 8 et 6 ans, eu égard aux opinions actuelles en matière de récidive pour cancer, peuvent être considérées comme définitives; sur un chiffre de 35 opérés, elles donnent un pourcentage de 18 pour 100. Ce chiffre, provisoire, est susceptible de s'accroître quand le délai de 6 ans après l'opération aura été atteint pour les 7 autres malades suivants.

André Guibal.

LOS PROGRESOS DE LA CLINICA

(*Madrid*)

G. Maranon et J. Alvarez Cascos. *La lipodystrophie progressive* (*lipodystrophie cervico-thoracique* (*Los Progresos de la Clinica*, t. XXXVIII, n° 3, Mars 1930). — La lipodystrophie en question est caractérisée par la diminution du pannicule adipeux de la moitié supérieure du corps coexistant avec l'augmentation dudit pannicule au niveau de sa moitié inférieure. C'est la maladie de Barraquer Simons.

D'après ces auteurs la maladie représente l'exagération d'une disposition qui est normale dans un certain type : celui de la femme asthénique. Cette disposition du tissu adipeux est fort curieuse. Quoi que l'on fasse, que l'on donne de la suralimentation avec de l'insuline, la moitié supérieure du corps n'engraisse pas, tout l'épaississement du pannicule adipeux intéresse la moitié inférieure et cet embonpoint acquis ne cède pas à l'administration de corps thyroïde. Le tissu de la partie supérieure du corps a donc perdu toute faculté de fixer la graisse, le tissu de la partie inférieure a perdu tout pouvoir de s'en débarrasser.

Ces modifications, puisqu'il s'agit d'une maladie acquise, sont d'origine dysendocrinienne; dans la grande majorité des cas, elles coïncident avec des signes d'hyperthyroïdie et avec un accroissement notable du métabolisme basal. Les biopsies ont montré que le tissu adipeux des deux régions hyper- ou hypo-adipeuses se présentaient à l'examen histologique de façon tout à fait analogue.

M. Nathan.

G. Maranon et J. Morros Sarda. *Hyperglycémie hypophysaire; possibilité de l'utiliser dans le diagnostic* (*Los Progresos de la Clinica*, tome XXXVIII, n° 6, Juin 1930).— On sait que, dans l'acromégalie, qui comporte de l'hyperpituitarisme, il y a glycosurie ou simplement hyperglycémie; il y a également diminution de la tolérance pour les hydrates de carbone. Le syndrome adiposo-génital de Frœlich, qui témoigne d'hypopituitarisme, comporte de l'hypoglycémie avec augmentation de la tolérance pour les hydrates de carbone. C'est sur ces faits que M. et S. ont édifié la méthode que nous allons exposer.

Après avoir déterminé préalablement le chiffre de la glycémie, on injecte 2 cmc d'extrait pituitaire et de demi-heure en demi-heure, durant l'heure et demie qui suit l'injection, on mesure la glycémie. Dans tous les cas celle-ci augmente; mais, tandis que chez les sujets normaux cette augmentation reste autour de 5 centigr., elle atteint dans les cas d'hyperhypophysie même fruste un chiffre notoirement supérieur. Lorsque cette augmentation est de 30 centigr. ou plus, on peut presque à coup sûr affirmer l'hyperfonctionnement de l'hypophyse.

M. Nathan.

E. Eizaguirre. *Section des adhérences par le procédé de Jacobaeus dans les pneumothorax insuffisants* (*Los Progresos de la Clinica*, tome XXXVIII, n° 6, Juin 1930). — Bien des pneumothorax échouent du fait d'adhérences qui empêchent le collapsus pulmonaire. D'autre part les résections des adhérences à plèvre ouverte ne sont pas sans inconvénients : les hémorragies, les pleurésies, les infections secondaires sont loin d'être exceptionnelles.

Jacobaeus imagina donc un procédé permettant d'opérer sans ouvrir la plèvre. L'appareil dont il se sert est un thoracoscope de son invention, fort semblable au cystoscope; il permet d'introduire une lampe; on n'opère donc pas à l'aveuglette. L'appareil tranchant s'insinue grâce à ce thoracoscope.

Ce procédé représente un progrès sensible, mais il reste encore des cas difficiles et inopérables : tout va bien lorsque l'adhérence est constituée par un long cordon, mais on comprend que des adhérences courtes et larges, des adhérences en nappes ne puissent bénéficier de cette intervention. L'acte opératoire n'est pas toujours aisé ; E. conseille d'inciser à plus de 1 cm. du poumon pour éviter d'atteindre la parcelle de poumon qui s'insinue dans le pédicule de l'adhérence.

Les statistiques sont fort améliorées, mais on comprend, en raison des difficultés que nous venons d'énoncer, qu'il faille compter avec d'assez nombreux échecs.

M. Nathan.

R. Navarro. *La valeur de la sédimentation des hématies dans la tuberculose pulmonaire de l'adulte* (*Los Progresos de la Clinica*, t. XXXVIII, n° 7, Juillet 1930). — La valeur de la sédimentation des hématies dans le pronostic de la tuberculose pulmonaire de l'adulte a été très discutée par les auteurs: admise par certains, elle est absolument controuvée par d'autres. C'est pourquoi N. l'a étudiée en série chez 189 tuberculeux admirablement suivis ; pour chaque malade les recherches de la V. S ont été faites en série. Voici à quelles conclusions ont abouti ces travaux illustrés de graphiques nombreux et suggestifs.

La V. S. constitue une donnée importante dans le diagnostic des tendances évolutives d'une tuberculose pulmonaire en ce sens qu'elle s'accroît dans les processus exsudatifs, fibro-caséeux à tendance destructive et diminue dans les types fibreux ou fibro-caséeux à faible tendance évolutive.

Il faut toujours faire ces recherches en série parce que les résultats sont variables, sujets à oscillations qui ne se montrent pas toujours parallèles à celles des données de la simple clinique. Donc à elle seule la V. S. est loin d'avoir une valeur absolue. L'influence d'un traitement ou plutôt de sa réussite trouve dans la réaction de la V. S. un témoin assez fidèle et un étalon. Mais ils ne veulent pas dire comme certains auteurs, que, dans tous les cas, la V. S. devance la clinique. Les épanchements au cours de pneumothorax ont tendance à l'accélérer.

Telles sont les conclusions fort prudentes et fort sages de cette intéressante étude.

M. Nathan.

A. Crespo Alvarez. *Formes paroxystiques de la fibrillation auriculaire* (*Los Progresos de la Clinica*, tome XXXVIII, n° 7, Juillet 1930) — La fibrillation auriculaire, que l'auteur a en vue, est la fibrillation intermittente survenant par crises et non point la fibrillation permanente arrêtée temporairement par l'emploi de la quinidine.

C. A. apporte 6 observations personnelles de cette affection rare, puisque, d'après les statistiques de Lian, elle représenterait environ 8 pour 100 des cas observés. Les tracés, qu'il fournit à l'appui, pris avant, pendant et après la crise, sont tout à fait typiques.

La cause de cette fibrillation a été, dans un cas, l'intoxication tabagique; dans plusieurs autres, un hyperthyroïdisme léger; enfin, dans un dernier cas, la crise de fibrillation est apparue sur un cœur rhumatismal. Les malades ainsi présentés par A. représentaient des types relativement bénins, mais on ne peut savoir jusqu'à quel point ils le demeureront. Aussi, est-il important de veiller sur l'état du myocarde, d'être toujours prêt à donner de la digitale en cas de besoin; il faut savoir, néanmoins, que la digitale n'a aucune action sur la fibrillation auriculaire, sinon qu'elle l'exagère. Le sulfate de quinidine demeure le médicament de choix qu'il faut savoir manier et doser suivant les cas et suivant les sujets.

M. Nathan.

Pardo Urdapilleta. *Malformations dentaires dans la spasmophilie* (*Los Progresos de la Clinica*, tome XXXVIII, n° 8, Août 1930). — U. apporte l'observation fort curieuse d'une jeune fille de 16 ans qui présente à la fois de la spasmophilie et de l'épilepsie, l'une et l'autre indiscutables; la figure qui accompagne cette étude montre chez elle des dents d'Hutchinson absolument typiques. La malformation des dents relèverait plutôt, dans ce cas, de l'insuffisance parathyroïdienne que de l'hérédo-syphilis. L'insuffisance parathyroïdienne représenterait le chaînon intermédiaire entre la syphilis héréditaire et la malformation, qui ne serait donc syphilitique qu'au second degré.

U. rapproche cette constatation de celle de Gange et Antoine qui établissent que la kératite d'Hutchinson est plus sensible au traitement opothérapique qu'au traitement spécifique.

M. Nathan.

J. Estella. *Pathogénie de l'hydrocéphalie essentielle* (*Los Progresos de la Clinica*, t XXXVIII, n° 8, Août 1930). — On sait que le liquide céphalo-rachidien est en réalité sécrété par les plexus choroïdes, que la membrane épendymaire n'intervient en rien dans cette sécrétion, pas plus que dans la résorption qui est assurée par les seuls espaces sous-arachnoïdiens, puis par les veinules, et fort peu par les lymphatiques.

L'hydrocéphalie vraie résulte soit de l'hypersécrétion par les plexus choroïdes, soit du défaut de la résorption dû souvent à l'oblitération des orifices de Monro, de Luschka ou de l'aqueduc de Sylvius. Cette imperméabilité peut se mesurer en injectant des substances colorées par ponction lombaire et en notant leur apparition dans les urines.

Pour diagnostiquer le siège de la stase, le ou les ventricules oblitérés, la ventriculographie, malgré ses accidents, constitue le seul procédé pratique. Le diagnostic posé, on peut faire des ponctions des ventricules latéraux à travers le corps calleux, mais les autres ventricules sont difficilement accessibles et les opérations tentées pour les désobstruer ont donné de bien mauvais résultats.

Il y aurait un moyen : ce serait de diminuer la sécrétion des plexus choroïdes en réséquant leurs portions ventriculo-latérales qui représentent les 4/5 de leur surface totale Mais les interventions pratiquées dans ce sens se sont montrées réellement désastreuses.

M. Nathan.

ACTA DERMATO-VENEREOLOGICA (Stockholm)

Glaubersohn. *Contribution à l'étude du nævus anémique* (*Acta dermato-venereologica*, tome XI, fasc. 3, Juin 1930). — Vörner a décrit sous le nom de *nævus anémique* une tache isolée ou en groupes séparés les uns des autres par des raies de peau normale, tache pâle, aux contours dentelés et de la grosseur d'une lentille à une paume de main. Cette tache siège sur une peau tout à fait normale et est à peine reconnaissable; mais, si on frictionne cette tache, elle se distingue de la peau saine, devenue rouge, par sa coloration demeurée mate. Sous la vitro-pression, la tache ne peut être distinguée de la peau saine environnante.

Depuis Vörner, près de 200 cas de nævus anémique ont été publiés par de nombreux auteurs et G. en rapporte 10 nouveaux cas : 5 chez des hommes dont un enfant, et 5 chez des femmes dont une fillette ; 7 cas furent observés chez des juifs et 3 chez des chrétiens. L'âge variait de 4 ans 1/2 à 49 ans.

Comme localisation ces nævi siégeaient une fois sur le visage et le cou, 5 fois sur le thorax, 2 en avant et 3 en arrière, 2 fois sur l'abdomen, 1 fois sur la fesse, 1 fois sur l'avant-bras. Chez certains malades, il existait en même temps que le nævus anémique des nævi pigmentaires. Dans un cas la lésion était familiale (tante et nièce).

Le nævus anémique est une anomalie congénitale ; il est le plus souvent unilatéral ; il s'associe fréquemment aux autres nævi pigmentaires et télangiectasiques, parfois aussi avec la maladie de Recklinghausen ; on a observé des cas héréditaires et familiaux.

Sa nature semble pouvoir s'expliquer par une atteinte locale de l'appareil vaso moteur et G. conseille d'étudier l'état de l'appareil nerveux des vaisseaux au niveau des taches.

R. Burnier.

Taglicht. *Vaselinoderme verruqueux* (*Acta dermato-venereologica*, t. XI, fasc. 3, Juin 1930). — T. rapporte plusieurs cas de cette affection décrite par Oppenheim sous le nom de *vaselinoderma verrucosum* et causée par l'emploi d'une vaseline impure. Cette affection qui peut revêtir deux formes, la forme plane ou la forme verruqueuse, s'observe, le plus souvent, après des onctions à la vaseline : en un point où l'épiderme a été enlevé à la suite d'un impétigo, d'un eczéma, d'une gale, plus rarement, si l'épiderme est intact. Le siège le plus fréquent est la face, plus rarement les membres. On note l'existence d'un placard blanc grisâtre, saillant, plan ou verruqueux, à surface lisse, sans comédons, ni pigmentation.

Au point de vue histologique, il existe une hyperkératose et un épaississement de la couche basale.

T. a pu provoquer le vaselinoderme artificiellement et a remarqué que cette lésion survient surtout avec les vaselines qui contiennent une grande quantité de paraffine.

R. Burnier.

Du Bois. *Cancers de la face avec granulomes à cellules géantes et corps étrangers* (*Acta dermato-venereologica*, tome XI, fasc. 3, Juin 1930). — Les cancers de la face ne se développent pas habituellement au hasard en peau saine, mais naissent le plus souvent d'altérations tissulaires antérieures appelées *affections précancéreuses*.

Dans 1/5 des cas, les cancers de la face peuvent cependant naître sur peau saine, sur l'emplacement d'anciens traumatismes avec infraction de la peau.

Dans 2 cas d'épithélioma baso-cellulaire de la face, B. a noté sur des coupes en séries, au-dessous de l'épithélioma, un granulome à cellules géantes entourant un corps étranger: dans un cas il s'agissait d'une épine, dans l'autre d'une sorte d'aiguille (la malade déclara que 5 ans auparavant elle avait été piquée au même endroit de la joue par un gros insecte; l'aiguillon a pu rester dans la peau et jouer le rôle d'agent provocateur).

Les coupes montrent indubitablement l'intimité de rapport entre les granulomes et le point de départ des néoplasmes. B. admet plutôt l'influence cancérogène par irritation chronique et rejette l'hypothèse de l'inoculation accidentelle d'un virus inconnu par pénétration du corps étranger.

R. Burnier.

RÉPERTOIRE DE MÉDECINE PRATIQUE

Un classeur des Répertoires de Médecine pratique est en vente à nos bureaux au prix de : France et étranger, 9 francs (envoi franco).

(N° 524)

Vaccination antidiphtérique

Il y a une dizaine d'années, les savants bactériologistes de l'Institut Rockefeller (New-York) avaient proposé de vacciner les enfants contre la diphtérie avec un mélange de toxine et d'antitoxine préalablement éprouvé sur les animaux de laboratoire. Cette vaccination antidiphtérique se répandit assez vite aux Etats-Unis avant de gagner l'Allemagne où elle est encore pratiquée couramment.

Cependant les chercheurs de l'Institut Pasteur (Paris), travaillant dans un autre sens, aboutirent à la découverte de l'*anatoxine* de G. Ramon, dont la supériorité sur la vaccine américaine est éclatante. Il y a six ans que la vaccination antidiphtérique par la méthode de G. Ramon est pratiquée sur une vaste échelle, et nous pouvons, sans témérité, la juger. On peut dire, tout d'abord, que, chez l'enfant, elle est bien tolérée, ne déterminant que des réactions locales ou générales insignifiantes : érythème au niveau de la piqûre, fièvre éphémère et modérée quand il y en a. Chez les grands enfants seulement, au-dessus de 10 ans et chez les adultes, il peut y avoir des réactions plus violentes sans être dangereuses. Si l'enfant était malade, il conviendrait d'ajourner la vaccination.

Outre son innocuité, l'anatoxine présente une efficacité reconnue. Cependant des enfants, vaccinés depuis six mois, un an, deux ans, ont présenté la diphtérie et l'on a pu mettre en doute l'action du vaccin. Il convient de répondre à cette objection, comme l'a fait victorieusement la Société de Pédiatrie, par l'organe de son président E. Terrien, le 18 Mars 1930.

A Paris, 180.000 vaccinations dans les écoles, dont *52.000* seulement sont retenues comme régulières et complètes; aux Enfants-Malades *20.000* vaccinations par P. Lereboullet; à Trousseau *5.000* par E. Lesné; à l'Institut Pasteur *5.000* (au total *82.000* vaccinations complètes). Sur ces 82.000 enfants, 50 ont contracté la diphtérie, 1 sur 1.600.

A Berlin, où l'on pratique l'injection *toxine-antitoxine*, la proportion serait de 1 sur 240 d'après R. Debré.

Les échecs peuvent s'expliquer : 1° vaccinations irrégulières par le nombre et l'intervalle séparant les piqûres; 2° état réfractaire individuel ; dans toute vaccination, on a un pourcentage d'enfants qui résistent à l'inoculation même bien faite. De ce mince pourcentage de faits négatifs, il ne faut pas conclure contre l'anatoxine. En tout cas, voici les règles à observer strictement en matière de vaccination antidiphtérique.

1° Les sujets à préserver doivent être en bonne santé, sans fièvre, sans signes manifestes de tuberculose ou de maladie aiguë.

2° S'il s'agit d'enfants jeunes, entre 18 mois et 10 ans, inutile de chercher, par la réaction de Shick, s'ils sont ou ne sont pas réceptifs à la diphtérie. On les vaccinera tous d'emblée et sans exception. La notion d'une diphtérie antérieure ou d'une sérothérapie n'est pas une contre-indication.

3° S'il s'agit d'adolescents ou d'adultes, on ne vaccinera que les sujets réceptifs : Schick positif. Cette vaccination s'impose pour le personnel infirmier ou médical des hôpitaux d'enfants.

4° L'injection, avec une seringue de Pravaz stérilisée au préalable, sera faite sous la peau de l'espace interscapulaire, entre le bord de l'omoplate et la colonne vertébrale. Au besoin on choisira une autre place.

5° Pour conférer à la vaccination toute sa valeur préservatrice, on ne se contentera pas d'une ou de deux piqûres ; on en fera *toujours trois*, avec un intervalle de vingt jours entre la première et la seconde, et un intervalle de quinze jours entre la seconde et la troisième. L'intervalle, qui ne sera jamais *diminué*, peut être *allongé* en cas d'indisposition ou d'affection aiguë intercurrente.

6° La première dose de vaccin sera de 1/2 cmc, la seconde de 1 cmc, la troisième de 1 cmc 1/2. Si, au bout d'un an, l'enfant avait un Schick positif, on serait autorisé à faire une quatrième piqûre de 1 cmc.

7° Si la diphtérie survient après vaccination, on la traitera par le sérum comme d'habitude, sans tenir compte de la vaccine antérieure, et sans crainte d'anaphylaxie; car l'*anatoxine* n'est pas un sérum, elle ne sensibilise pas à l'égard des sérothérapies.

J. Comby.

RÉPERTOIRE DE MÉDECINE PRATIQUE

Un classeur des Répertoires de Médecine pratique est en vente à nos bureaux au prix de : France et étranger, 9 francs (envoi franco).

(N° 525)

La phosphaturie chez les enfants

On entend par phosphaturie ou *diabète phosphatique* un syndrome complexe produit par une déminéralisation excessive. L'enfant élimine par les fèces et par les urines une quantité de phosphate calcique supérieure à celle qu'il a ingérée. Il en résulte de l'anémie, de l'amaigrissement, de la faiblesse, de la céphalalgie, du découragement, de la tristesse, de la psychasténie quand l'enfant est assez grand pour s'effrayer des troubles de sa santé générale. La cause intime de sa faiblesse échappe au médecin qui néglige l'analyse des urines.

Au lieu de 2 gr. ou 2 gr. 50 de phosphate calcique par litre d'urine, on en trouve 3 ou 4 gr., déperdition exagérée par le rein qui s'ajoute à celle se faisant par voie digestive. Une semblable déminéralisation ne peut se maintenir sans trouble de la santé générale.

Pour remédier à ce déficit en phosphate et en calcium, substances minérales nécessaires à une nutrition bien équilibrée, on doit compter principalement sur l'alimentation. C'est dans les aliments végétaux et animaux qu'on trouvera le phosphate calcique assimilable. Le lait en contient une proportion d'autant plus grande que la femelle laitière est mieux nourrie et le *lait phosphaté* mérite de figurer au premier rang des remèdes alimentaires de la phosphaturie, surtout chez les enfants du premier âge.

D'après Jolly (*Soc. de Méd. Pratique*, 1er Décembre 1892), les laits titrant moins de 2 gr. de phosphate de chaux par litre sont impropres à l'alimentation. Des vaches laitières nourries avec de bons fourrages, provenant de terres bien fumées (superphosphates, scories de déphosphoration, etc.), donneraient des laits titrant 4 gr. de phosphate par litre, tandis que des vaches mal nourries fournissent des laits pauvres en phosphate de chaux (1 gr., 1 gr. 50 par litre seulement).

Quand on étudie la teneur en phosphate du sang chez les enfants, on peut constater des variations en rapport avec les saisons, comme l'ont montré Alfred F. Hess et Marion A. Lundagen (*The Jour. of the Am. Med. Association*, 30 Déc. 1923) : 60 enfants de 6 à 18 mois, bien nourris, ont titré 4 milligr. 34 de phosphate sanguin dans l'été de 1921 et 3 milligr. 92 dans l'hiver. Chez 10 enfants de 2 à 3 ans, on a trouvé 3 milligr. 89 en Mars et 4 milligr. 2 en Juin. Cette augmentation du phosphore et du calcium dans le sang est due aux rayons du soleil. On peut les remplacer, quand ils manquent, par les radiations ultra-violettes.

Traitement.

1° S'il s'agit de nourrissons, on leur procurera un lait de bonne qualité, riche en phosphore (*lait phosphaté*) quand ils sont nourris au biberon. S'ils sont au sein, on soignera l'alimentation des nourrices pour enrichir leur lait en phosphore et en calcium.

2° Vie au grand air, cure d'air, cure de soleil; éviter autant que possible la *carence solaire*, génératrice d'anémie, de phosphaturie, de rachitisme. Si le soleil manque, le remplacer par les rayons ultra-violets, dont tous les enfants délicats ou affaiblis sont appelés à bénéficier. L'ergostérine irradiée en solution huileuse (X à XX gouttes par jour) peut rendre de réels services.

3° Quand la phosphaturie se rencontre chez des enfants sevrés, grandets ou adolescents, on les nourrira avec des aliments riches en phosphates : œufs, cervelles, poissons, viandes rôties ou grillées, jambon, fromages, purées de légumineuses (fèves, haricots, pois, lentilles).

4° On suspendra les études classiques, on luttera contre le surmenage intellectuel; on prescrira le repos au grand air, à la campagne; l'enfant se couchera de bonne heure, se lèvera tard, et ne se livrera qu'aux exercices les moins fatigants : marche en plaine, gymnastique suédoise.

5° On soignera l'hygiène de la peau : douches chaudes quotidiennes sans pression, on verse de l'eau à 35°, 36°, 37° sur la nuque et les épaules; frictions sèches au gant ou à la lanière de crins manœuvrée par le malade lui-même.

6° Préparations médicinales à base de phosphore : solution de Joulie, glycérophosphates, lécithine, phytine, alexine, réalphène, vioxil, fortossan irradié, huile de morue.

J. Comby.

Paris — 120, Boulevard Saint-Germain, 120 — Paris

HOPITAL ANDRAL. — Directeur : M. Dupin.

Boulevard Mac-Donald. — Tél. : Nord 02-52

CHEFS DE SERVICE	INTERNES	EXTERNES
Médecins M. May.	MM. Mlle Wilm.	MM. Raybaut, Chatain, Mlles Grilles Dauban.
— M. R. Benard.	— Bréhier.	— Archaimbault, Piroux, Boyé, Carrez, Soulignac.
Consultat. médecine Ass. : M. Coste.	Lemelletier (ext. pr.).	Helion, Barthélemy.

Radiologie : M. Pierre Charpy.

HOPITAL DU BASTION 29. — Directeur : M. Dupin.

Boulevard Mac-Donald. — Tél. : Nord 12-84.

CHEFS DE SERVICE	INTERNES	EXTERNES
Médecin M. Auclair.	Moline (ext. pr.). Lachter Pachler (ext. pr.).	Mathière, Grosperrin. Delom, Dongar, Pouhin, Bonnet (René), Legros, Echegut.

CLINIQUE D'ACCOUCHEMENT BAUDELOCQUE.

Directeur : M. Pidet.

125, *boulevard de Port-Royal.* — Tél. : Odéon 05-72.

CHEFS DE SERVICE	INTERNES	EXTERNES
Accoucheur Prof. Couvelaire. Chefs de clinique. M. Digonnet, Mlle Bach. Chef de labor. Mlle Fayot (1er sem.), M. Meyer (2e sem.).		Brunhes, Pénichel, Muhlrad, Rachstein, Davidovici, Vannier (Léon), Pouyol.

Electro radiologie : M. Grunspan de Brancas. — **Pharmacien** : M. Picon.

HOPITAL BEAUJON. — Directeur : M. Tisserand.

208, *faubourg Saint-Honoré.* — Tél. : Carnot 18-30.

CHEFS DE SERVICE	INTERNES	EXTERNES
Médecins M. Faroy. Ass. : M. Deron.	Vannier (Ed.).	Mlles Laporte, Fasquelle, Valet, Bellot, Riche (Jean), Duchemin (Pierre).
M. de Massary.	Veslot (1re sem.) Louvet 2e sem.).	Bouchacourt, Huguier, Szigeti, Boutakoff, Duflo (Jacques), Djan.
M. Harvier. Ass. : M. de Brun du Bois Noir.	Caroli (1er sem.). Mlle Wilm (2e sem.).	Porge, Mlle Wix, MM. Lortat-Jacob, Bissery, Filhoulaud, Béquignon.
Centre de triage des tuberculeux. M. Debré. Ass. :	Corman.	Kaplan (Alex.), Mlles Pichon, Bouillard, Abraham.
Chirurgiens M. Proust. Ass. : M. Houdard.	Bergouignan. Guran. Roy (Louis-Octave)	Gerbeaux, Durandy, Tissot-Franck, Lecat, Ogario, Pasqualini, David (Lucien-Pierre).
Chir. chroniques M. Proust.	Hervy.	Marchack.
M. Michon.	Luzuy. Grinda.	Krakowski, Inbona, de Chabert-Ostland, Bakulin, Hébert (Pierre), Bricage, Thévenin.
M. Alglave.	Raymond, de Soria.	Tran van Con, Mlles Griboval, Renier, Harispe, Simart, Tanret.
Clinique d'ophtalmologie M. Coutela. Ass.: M.	De Font-Reault (ext. pr.)	Deslandres (Jacques). Masson (Roger).
Accoucheur M. Levant. Ass. : M.	Mlle Choquart. Jomain (ext. pr.).	Durel (Maurice), Pinchasowicz, Jacquet (Louis), Mlle Vimeux.
Consultat. médecine Ass. : M. Chevallier. Sup. : M.	Bloch (ext. pr.).	Gorse, Augereau, Urbain.
Consultat. chirurgie Ass. : M. Guimbellot.		Durmeyer, Cabaille, Gouzonnat.

HOPITAL BEAUJON (*suite*).

CHEFS DE SERVICE	INTERNES	EXTERNES
Consultat. oto-rhino-laryngologie Ass. : M. Baldenweck. Sup. : M.	MM.	MM. Rouyer (François), Reliquet, Maiguy.

Radiologie : M. Aubourg, chef de laboratoire. MM. Joly, Vignal, chefs adjoints. — Ass. : M. Gaulliart. — *Ext.* : MM. Surmont, Barreau-Piffault.
Stomatologiste : M. Schæffer. — **Pharmacien** : M. Crut.

BERCK-SUR-MER. — Directeur : M. Breidsprecher.

CHEFS DE SERVICE	INTERNES	EXTERNES
Chirurgien M. Sorrel. Ass. : MM. M. Parin, Ch. de lab. d'él.-rad. M. Mozer, Ch. de lab. de bactér.	Thorel, Perin, Chomet, Bridot. Lance.	

Electro-radiologie : M. Parin. — **Pharmacien** : Ass. : M. Durand.

ANNEXE DE BOUVILLE.

Directeur-comptable : M. Guillermain.

CHEFS DE SERVICE	INTERNES	EXTERNES
	Braunstein, Pelletier, Soupault.	

HOSPICE DE BICÊTRE. — Directeur : M. Bugnet.

78, *rue du Kremlin.* — Tél. : Gobelins 02-32.

CHEFS DE SERVICE	INTERNES	EXTERNES
Médecin M. Pasteur Vallery-Radot.	Derot. Mauric.	Dassencourt, Debray (Jean), Cachin (Charles), Lecomte (Maurice).
Sanator. Clemenceau M. Donzelot.	Sterne.	Catouné, Aboulker (Raphaël) Mirbeau (Gerard), de Gracienský (Pierre), Lapeyre (Jean).
— M. Feuillié.	Royer de Vericourt (ext. pr.).	Richard, Maspetiol, Pasquereau, Giraud (Georges) Maillet (Roger).
Chirurgien M. Toupet.	Falaise, Mérigot.	Lecomte (André), Cailleret, Loisel, Costet (Pierre). Limasset (Jean).
Aliénés M. Camus.	Bousser.	
M. Riche (A.).	—	
M. Maillard.	Gallot.	
Fondation Vallée. M. Roubinovitch.		
Service temporaire des chroniques. M. Pasteur Vallery-Radot.	Laffite.	Genty (Pierre), Mathivat, Fulconis.
Service temporaire (Malades de Broussais) M. Pasteur Vallery-Radot.	Martin (Jean). (ext. pr.).	Mlle Coste. Boivin. Mme Derot.
Nouv. serv. de chron. M. Pasteur Vallery-Radot.	Delamarre, Terrasse. (externes pr.).	
Service d'enf. plâtrés assurés par l'H. P. du service de malades de Broussais.		Albeaux (ext. pr.).
Cons. d'ophtalmol. M. Hartmann.		
Service de réserve M. Pasteur Vallery-Radot.		Benzaquen, Lemant, Trombert, Vauclin.

Electro-radiologie : M. Dariaux, chef de laboratoire. M. Guénaux, chef de laboratoire adjoint.
Stomatologiste : M. Richard. — **Pharmacien** : M. Poirot.

HOPITAL BICHAT. — Directeur : M. Chaumeton.

Boulevard Ney. — Tél. : Marcadet 16-09.

CHEFS DE SERVICE	INTERNES	EXTERNES
Médecins M. Lemierre.	Cattan.	Lambling, Trotot, Callot. Delort, Mlle Hollier-Larousse, Wattez, Baumgartner.
— M. Troisier.	— Boquien.	— Janet, Ivanovitch, Giraud (Emile), Peyaud.
Chirurgien M. Mocquot. Ass. : M. Monod (Raoul).	Padovant. Vuillième. Hamelin.	Mlle Paley. Offret, Rozee Belle Isle. Olivier (Marcel), Mazingarbe. Gross (George), Aubert (Raymond), Vignalou.

HOPITAL BICHAT (*suite*).

CHEFS DE SERVICE	INTERNES	EXTERNES
Consultat. médecine M. Kindberg. Ass. : M. Laporte.	MM. Dubois (ext. pr.).	MM. Ghozlan, Fraisse.
Consultat. chirurgie Ass. : M. Sup. : M.		Thésée, Lachèze.

Electro-radiologie : M. Beaujard, chef de laboratoire. — Ass. : M. Le Goff.
Pharmacien : M. David.

HOPITAL BOUCICAUT. — Directeur : M. Vincent.

78, *Rue de la Convention.* — Tél. : Vaugirard 39-67.

CHEFS DE SERVICE	INTERNES	EXTERNES
Médecin M. Courcoux.	Alibert.	Gossart (Edmond), Fleys. Lamirand.
Centre de triage. M. Courcoux. Ass. : M. Bidermann. M. Richard.		Laporte, Beauchef (Jean), Amaute.
M. Trémolières.	— Zadoc Kahn.	— Mlles Thieux, Doindessault, MM. Netter, Boyer (Jean).
Chirurgien M. Dujarier. Ass. : M. Rouhier.	Couvelaire. Joly (Henri). Pergola.	Jacquot, Batail, Pham Nan, Guérin, Angelici, Morhange, de Maulmont, Husset.
Accoucheur M. Le Lorier.	Schartz, Sam (ext. pr.).	Lapeyre, Janaud, Tran ba Huy, Maroger (Guy).
Consultat. médecine M. Carrié. Ass. : M.	Robert (ext. pr.).	Attal (Marcel), Boulle (Stéphane).
Consultat. chirurgie Ass. : M. Rouhier Sup. : M.		Mme Brinon. MM. Brinon, Grasset (J.), Jundt.
Consult. d'oto-rhino-laryngologie Ass. : M. Moulonguet. Sup. : M. Périer.		Champeau, Jusseaume.

Electro-radiologie : M. Guilbert, chef de laboratoire. *Adj* : M. Gilson. — Ass. : M. Blanch. **Labor. de bactériol.** : M. Bergeron, chef de secteur. **Consult. du soir** : M. Pinard. — Ass. : M. Rabut. M. Giraud, chef de laboratoire.
Stomatologiste : M. Dechaume. — **Pharmacien** : M. Cherany.

HOPITAL BRETONNEAU. — Directeur : M. Guiol.

2, *rue Carpeaux.* — Tél. : Marcadet 02-78.

CHEFS DE SERVICE	INTERNES	EXTERNES
Médecins M. Grenet.	Triau.	Bourget, Advenier, Massoulier, Grenet (Marcel), Legry, Mlle Cazamian.
— M. Guillemot. Ass. : M. Prieur.	Barbé.	Archambaut, Brochard (Ch.), Fournet, Jaulerry, Mlles Verlière, Cahen (Arlette)
Chirurgien M. Picot.	Mme Laquerrière. Béchet, Fort (ext. pr.).	Leboulanger, Deséglise, Bourée, Nguyen Hay, Faugère, Rabant, Raphaël.
Accoucheur M. Metzger.	Bosquel, Baudon.	Giroux (Jean), Garfunkel, Attal (André), Michelson, Pourquié, Comte (Maurice).
Consultat. médecine M. Marquezy. Ass. : M.	Jammet (ext. pr.).	Faure (André), Delaffond, Macé, Chevalier (André), Mme Le Goff.
Consult. d'oto-rhino-laryngologie Ass. : M. Bloch. Sup. : M.		Calmanas, Wirz.

Electro-radiologie : M. Loblionon, chef de laboratoire. Ass. : MM. Torchaussé, Méry. — *Ext.* : M. Pannier, Hébert.
Stomatologiste : M. Izard. — **Pharmacien** : M. Chaynol.

HOSPICE DE BRÉVANNES. — Directeur : M. Maurin.

Limeil-Brévannes (Seine-et-Oise). — Tél. : 11 à Boissy-Saint-Léger.

CHEFS DE SERVICE	INTERNES	EXTERNES
Médecins M. Marie (René). Ass. : M.	Barneville. Ungar.	
— M. Lévy-Valensi.	Guyon, Liebovitz. Gluck, Cabrit, Tellier, Iliovici	
— M. Renaud. Ass. : M.	Gay, Blau, Lagrat, Lombard.	
Consult. d'oto-rhino-laryngologie. Ass. : M. Aubin.		

Poste de radioscopie : Ass. : M. Thi
Stomatologiste : M. Nespoulous. — Ass. : M. J. Chatellier. — **Pharmacien** : M. Valette.

HOPITAL BROCA. — Directeur : M. Détharé.

111, *rue Broca.* — Tél. : Gobelins 04-50.

CHEFS DE SERVICE	INTERNES	EXTERNES
Médecins M. Weissembach. M. Chef de laboratoire.	MM. Seidmann.	MM. Reix, Henry, Rogé, Maroger, Ferrien, Raulot-Lapointe, Kuypers.
— M. Touraine. Ass. : MM. Rimé, Lepagnol. M. Marceron, Chef de laboratoire.	Arager (1re sem.). Bailliet (2e sem.).	— Potier (Georges), Auclair (Daniel), Waynberger, Escaré, Laval, Journe, Mlle Moyen.
Consult. de blennor. M. Touraine. Ass. : M. Lepagnole.		Brulin, Douay.
Chirurgien Prof. J.-L. Faure. MM. Lapeyre, Frantz. Chefsde clinique. M. Douay. Chef des travaux gyn. MM. Bulliard et Giroux. Chefs de laboratoire.	Moricard, Roquejeoffre. Mlle Begaud.	Mlle Malan, Mmes Krieger, Meisel, MM. Gérard, Mathis, Rosenstein, Haick.
Electro-radiologie. M. Lehmann, chef de labor. M. Dimier, chef de labor. adj.		

HOPITAL BROUSSAIS. — Directeur : M. Narat.

90, *rue Didot.* — Tél. : Vaugirard 13-27.

CHEFS DE SERVICE	INTERNES	EXTERNES
Médecins M. Laubry.	Mlle Brosse.	Marmasse, Michaelides, Scheid, Roux (Marcel), Mlle Lépine, MM. Salmon, Mevel, en surnombre.
Serv. des tubercul. M. Laubry.	Baillet.	Abocelker (Gilbert), Perret. Ovary, Moreno, externes non rétribués.
— M. Dufour. Ass. : M. Routier.	Mlle Riom.	Gigou, Dezoteux, Magrin, Miquel, Mlle Gasne.
Serv. des tubercul. M. Dufour.	Busson.	Thouzé, Trepsat.
Nouveau service de tuberculeux. M. Flandin.	Thiroloix, Maison.	Ayrignac, Bonnet (Pierre), Macé du Lépinay, Lichtenberg, Rouchy, Dangauthier, Marey, Mlle Legagneux.
Chirurgien M. Bréchot.	Jullien, Chevallier.	Leuret, Bouvrain, Delic, Ventzel, Laboureau, Mme Bonnafous.
Consultat. médecine M. Marchal. Ass. : M. Ollivier.		Draillard, Mlle de Peretti.
Consultat. chirurgie M. J. Berger. Ass. : M. Gresset.		Boquet (Pierre), Mortier.

Electro-radiologie : M. Cottenot, chef de laboratoire. — Ass. : MM. Blot Fidon, Chaperon.
Stomatologie : M. Puig.
Pharmacien : M. Guillot.

HOPITAL DE LA CHARITÉ. — Directeur : M. Lajouanine.

47, *rue Jacob.* — Tél. : Littré 54-73.

CHEFS DE SERVICE	INTERNES	EXTERNES
Médecins Prof. Sergent. MM. Kourilsky, Benda, Vibert, Lonjumeau. Chefs de clinique. MM. H. Durand, Couvreux. Chefs de laboratoire de la Faculté.	Poumeau-Delille. Desbuquois.	Gessen, Couve, Pointud, Renaud, Lecœur (Yves), Pottier.
— M. Tixier.	Mlle Papaioannou.	Eck, Rosanoff, Leborgne, Golse, Beurdeley.
— M. Abrami. Ass. : Mme Bertrand Fontaine.	Stehelin.	Amphoux, Frumusan, Roullier, Moulinier. Mine.
— M. Tinel.	Mlle Guery.	Lartigue, Testu, Margout, Meidinger.
— M. Darré.	Mlle Wertheimer.	Gireaux, Helluin, Delorme, Kohen (Ignace).

HOPITAL DE LA CHARITÉ (*suite*).

CHEFS DE SERVICE	INTERNES	EXTERNES
Cons. d'ophtalmol. Ass. : J. Bollack. Sup. : M.	MM.	MM. Puybarret, Gaillard (René).
Chirurgiens M. Baumgartner. Ass. : M. Gouverneur.	Hopp, Baron (François), Amid.	Drain, Feuillet, Gruner, Rambert, Mlles Fauvert, Sabelay, Halmao.
— M. Descomps. Ass. : M. Deniker.	Baudelot, Lieffring, Delinotte.	Vincent (Paul), Lebé, Sarquépée, Arnous, Sicard (Martial), Bronstein, Mlle Simon (Marie).
Accoucheur M. Vignes.	Mlle Jacob (ext. pr.)	Thomas, Fuchs, Deffay, Bosc.
Consultat. médecine M. Pruvost.	Courtial (ext. pr.).	Leneman, Bioy, Benoist (Jean).
Consultat. chirurgie Ass. : M. Soupault. Sup. : M.		Soleil, Mme Blondel.

Consult. du soir : M. Sézary. — Ass. : M. Pernet. M. Pomaret, chef de laboratoire.
Electro-radiologie : M. Ronneaux, chef de labor. — *Adj.* : M. Desgrez. — Ass. : M. Gadreau, faisant fonction; Bosc (stagiaire). — *Ext.* : M. Vaida.
Stomatologiste : M. Gérard-Maurel. — **Pharmacien** : M. Bougault.

HOPITAL CLAUDE-BERNARD. — Directeur : M. Dupin.

Porte d'Aubervilliers. — Tél. : Nord 11-03.

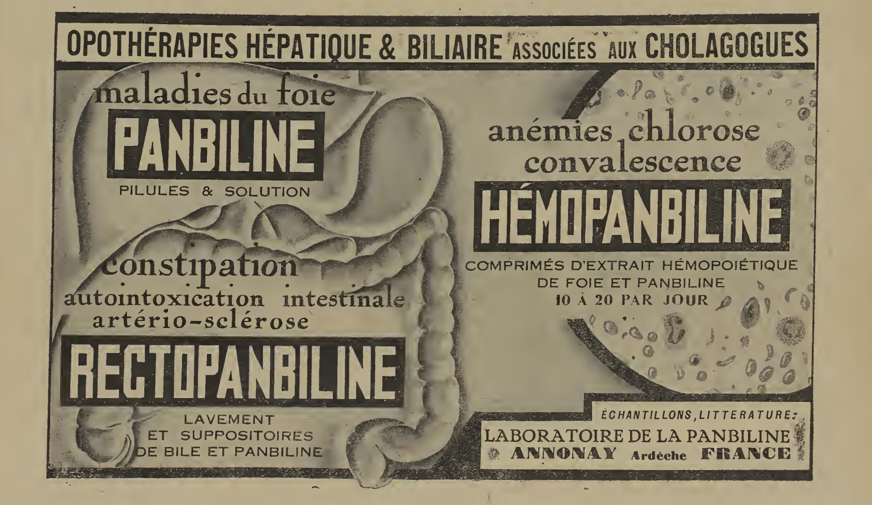
CHEFS DE SERVICE	INTERNES	EXTERNES
Médecin Prof. Teissier. M. Le Clerc, Georges Chefs de clinique. MM. Garnier, Bourgeois. Chefs de clin. adj. M. Chef de laboratoire.	Guédé, Guillain. Monnerot-Dumaine.	Camus (Jean-Pierre), Jalley, Lesauvage, Chapireau, Olivier-Palud, Lubas, Guérin (Jean), Seydel, Waysman, Landois, Mlle Patez.

Labor. de bactériol. : M. Reilly, chef de secteur.
Pharmacien : M. David.

HOPITAL COCHIN. — Directeur : M. Couteaux.

47, *faubourg Saint-Jacques.* — Tél. : Odéon 15-70 et 04-21.

CHEFS DE SERVICE	INTERNES	EXTERNES
Médecins Prof. Achard. MM. Hamburger, Bariety, Moussoir, Lacapère. Chefs de clinique. MM. Chefs de labor.	Cachera, Desbuquois.	Trouvet (Jean), Gillot (Jean), Martin (M.), Tran Quang Dé, Kunossy, Bureau (Pierre), Kiszelmuck, Dreyfus, Vincent (Georges), Fleury (Robert), Mlle Lorsignol, Rogier.
— M. Pissavy. Ass. : MM.	Odinet.	Voignier, Neveu, Courchinoux, Duriez, Dupuy (Raymond), Audebert.
Service du dispens. M. Pissavy.	Mlle Lassery (ext. pr.).	Dufour, Audouard, Gordet, Chauvillon.
Serv. temp. (Tub.) M. Pissavy.	Douey (ext. pr.).	Rotenstein, Oger, Mendelsohn.
M. Fournier.	Gaucher, Levaditi (ext. pr.).	Kanner, L'Huillier, Bruneau (Jean), Grumbach, Gourçon, Grabli.
— M. Pinard. Ass. : M.	Even.	Giordan, Martin (Jean-E.), Veyssel, Gatel, Damon, Mlle Bordachar.
Chirurgiens Prof. Delbet. Ass. : M. Leveuf. MM. Godart, Mabille, Obertür. Chefs de clinique. MM. Chef de labor.	Prost, Bélètre. Nomblot (ext. pr.).	Chautemps, Calvet, Fayance, Lagaillarde, Gouret, Evrard, Delzant, Mlle Hanne.
Annexe de la clinique chirurgic. Ass. : M. Leveuf.	Bidoire, Benaerts.	Martinie (Jacques), Pinto, Tallet, Mlle Pinel, Huet.
— M. Launay.	Palmer. Allard.	Crozat, Nghuyen Van Nha, Champault, Hanoun, Picquard, Mlle Cazes.
— M. Chevassu. Ass. spécial : M.	Pellé, Cordier.	François Dainville, Quériault, Felsenswalb, Strouzer, Rousseau (G.), Goutaillier, Robert (Yvon), Arnaud.
Consultat. médecine M. Debray. Ass. : M.	Mlle Sainton (ext. pr.).	Antoniou, Dubois (Pierre).
Consultat. chirurgie Ass. : M. Monod. Sup. : M.		Dubroca, Marlin (René), Mlle Barré, Lataste.


OPOTHÉRAPIES HÉPATIQUE & BILIAIRE ASSOCIÉES AUX CHOLAGOGUES
maladies du foie
PANBILINE
PILULES & SOLUTION
constipation
autointoxication intestinale
artério-sclérose
RECTOPANBILINE
LAVEMENT
ET SUPPOSITOIRES
DE BILE ET PANBILINE
anémies chlorose
convalescence
HÉMOPANBILINE
COMPRIMÉS D'EXTRAIT HÉMOPOIÉTIQUE
DE FOIE ET PANBILINE
10 À 20 PAR JOUR
ÉCHANTILLONS, LITTÉRATURE:
LABORATOIRE DE LA PANBILINE
ANNONAY Ardèche FRANCE

HOPITAL COCHIN (*suite*).

CHEFS DE SERVICE	INTERNES	EXTERNES
Cons. d'ophtalmol. *Ass.* : J. Bollack. *Sup.*: M.	MM.	MM. Puvbarret, Gaillard (René).
Consultat. dentaire. M. Lebedinsky. *Adj.* : M. Boissier		Laurent (Jacques), Cernea.
Electro-radiologie. M. Barret, Chef de laboratoire. M. Foubert, Chef de lab. adjoint. *Ass* : MM. Prévost, Nebout, Mme Hauffmann. Détachés : MM. Busy (Labor. de Clin. Méd.). Moret (Serv. d'Urol.).		Delbes.
Serv. temp. de méd. M. de Gennes. 1er serv.	Carletti (*ext. pr.*).	Hutin, Thomaun, Boyer (Isidore), Lafay.
— 2e serv.	— Prunet (*ext. pr.*).	— Bachmann, Filloux, Bourdial, Lauprêtre.

Labor. de bactériol. : M. Schwartz, chef de service.
Pharmacien : M. Cousin.

HOSPICE ALQUIER DEBROUSSE. — Directeur : M. Durand.

148-150, *rue de Bagnolet*. — Tél. : Roquette 04-06.

Médecin		
M. Rouillard.	Schwob.	
Serv. tuberculeux M. Rouillard.		Guillaud-Vallée, Doussinet, Thouret.

Pharmacien : M. Sommelet.

HOSPICE DES ENFANTS-ASSISTÉS

Direct. M. Deschatre. — 74, *rue Denfert-Rochereau*.
Tél. : Danton 61-75.

Médecin		
Prof. Lereboullet. Chefs de clinique. MM. Lelong, Gournay, Chabrun. *Ass.* : M. Roudinesco. Chefs de laboratoire. MM. Dorlencourt, Zuber, Guy.	Gouyen, Baize.	Galland, Dormay, Simon (Roger), Simon (Frank), Demartial, Charousset.
Chirurgien M. Veau. *Ass.* : M. Martin.	Boidot, Amal (*ext. pr.*).	Brumpt. Maurice, Tribalet, Forget (Roger), Botreau-Roussel.

Electro-radiologie : M. Gérard Léon, chef de labor. — *Ass.* : M. Boutland. *Ext.* : M. Mazer.
Stomatologiste : M. Mahé. — Pharmacien : M. Picon.

GROUPE HOSPITALIER ENFANTS-MALADES, NECKER

Directeur : M. Tisnès.
149, *rue de Sèvres*. — Tél. : Ség. 07-26 et 08-58.

Médecins		
Prof. Nobécourt. MM. Lebée, Martin. Chefs de clinique. M. Kaplan Chef de clin. adj. M. Bidot. Chef de labor.	Lereboullet.	Roy (André), Loiseau (Guy), de Berg, Goldstein, Hornus, Mlle Herr, Mme Yeu.
— M. Hallé.	— Garnier (Pierre).	— Michaud (Jean), Tempier, Prat, Ganot, Letrésor, Mlle Comby.
— M. Aviragnet. *Ass.* : M. Dayras.	— Berton.	— Streicher, Blondeau, Martin (J.-P.), Oiseau, Dulvenis, Mme Cachera, en surnombre.
— M. Apert. *Ass.* : M. Cambessédès.	— Goldberg.	— Petiton, d'Escrivan, Fay, Mme Challe, Mlles Rohlfs, Roussy.
— M. Weill-Hallé. M. Delthil. Chef de labor. de la diphtérie.	— Mlle Blanchy.	— Meyer (Louis-Jacques), Livieratos, Karmann, Morel (André), Vannier (Henri), Nigaud,
— Crèche. M. Aviragnet.	— Lecadre.	—
— Sélection. M. Apert.	Kreyts, Mlle Baguette.	
Chirurgiens M. Ombrédanne. MM. Fèvre, Aurousseau. Chefs de clinique. M. Saint-Girons. Chef de labor.	Folliasson. Guran.	Daniel, Martel (Jean-Lucien), Chareire, Pouliquen, Levecq (Léon), Pergola, Mlle Petitet, Mme Duhamel.

GROUPE HOSPITALIER ENFANTS-MALADES, NECKER (*suite*).

CHEFS DE SERVICE	INTERNES	EXTERNES
Service médical d'Antony (Salle Archambault.)	MM.	MM.
M. Ombrédanne.	Mlle Delon (*ex. pr.*).	Prat (Pierre), Werner.
M. Basset.	Mlle Bizou, M. Carteret (*ex. pr.*).	Arloing, Léonard, Nabert, Pauchard, Solem (Albert).
Cons. d'ophtalmol. M. Monthus. *Ass.* : M	Mlle Delahaye.	Pradel, Rollin, Gradaude, Vincent (Jules).
Cons. oto-rhino-lar. *Ass.* : M Le Mée. *Sup.* M. Mahieu.		Chefdeville, Boursat, Ludner, Hallot Mme Moyse Chrétien.
Consultat. dentaire. M. Gornouéc. *Ass.* : M. Dufieux.		
Electro-radiologie M. Duhem, Chef de laboratoire *Ass.*: MM. Bernard, Goubert.		Sian.
Laboratoire général de bactériologie (Secteur rive gauche). M. Girard.		
Service temporaire (Pavillon Guersant). M.		

Pharmacien : M. Fabre.

SANATORIUM D'HENDAYE. — Directeur : M. Bru.

Médecin		
M. Morancé.		

Pharmacien : M. Lagarde, *Ass.*

HOPITAL HÉROLD. — Directeur : M. Bauge.

Place du Danube. — Tél. : Nord 01-96.

Médecins		
M. Armand-Delille. *Ass.*: M. Lestoquoy.	Mlle Develay.	Cordebar, Chaussidière, Caput, Mlles Chapiro, Burdin, Melon.
— M. Paisseau.	— Ducas.	— Saune, Juchet, Naud (Hubert), Langlade, Kalmanovitch, Mlle Levy (Gilberte).
Consultat. médecine *Ass.* : M. Janet.	de Palma (*ext. pr.*).	Lejboviez, Lerolle.
Consultation d'otorhino-laryngol M. Bouchet. *Sup.* : M. Vial.		Augeix (Pierre), Pigache.
Electro-radiologie M. Laquerrière, Chef de laboratoire. *Ass.* : M. Lehmann (R.). *Stag.* : M. Delhancourt.		

Laboratoire de Bactériologie : M. Marie (P.-L.), chef de secteur.
Stomatologiste : M. Ruppe. — Pharmacien : M. Sommelet.

HOTEL-DIEU. — Directeur : M. Le Maistre.

Place du Parvis Notre-Dame. — Tél. : Odéon 20-53.

Médecins		
Prof. Carnot. MM. Lambling, Boltansky, Lenormand. Chefs de clinique. M. Chefs de clinique adj. M. Delafontaine. Chefs de labor.	Augier (Pierre). Rudolf.	Morax, Barraga, Judet, Seguin, Jouanneau, Temerson, Nerdi, Simon (Gaston), Flourens, Allilaire, Boutron, Dechaume-Montcharmont.
— M. Rathery.	— Sigwald.	— Nazarian, Vincent (Ph.), Tho ose, Turial, Lesage, Mlle Herbert née Lair.
— M. Stevenin.	— Deparis.	— Tourneu, Picard, Le Roy, Gillet, Rosenbach, Mlle Armelin.
— M. Sainton.	— Lançon.	— Millot, Mougin, Hue, Soria.
— M. Halbron.	— Haik.	— Bardin, Mansour, Caby, Bevalot, Mlles Spire, Bujeaud.
Chirurgiens Prof. Hartmann. *Ass.*: MM. Berceret, Boppe MM. Metzger, Dessaint, Dubois-Roquebert. Chefs de clinique. M. Chef de laboratoire	Audouin, Devaux, Lardennois, Bruneton, Paul.	Bzowsky, Weiss, Boyer (Etienne), Epelbaum, Rendu, Gabinet, Drizard, Pouliquen (Yves), Claisse, Aboulkert (Paul), Gossart (Pierre), Gagniere, Opin, Mathey, Allos, Mlle Abadi.

CHEFS DE SERVICE	INTERN[ES]
HOTEL-[DIEU]	
Ophtalmologiste Prof. Terrien. *Ass.* : M. *Sup.* : M. MM. Favory, Veil, Hudelo, Dolfus. Chefs de clinique. M. Blum. Chef de clinique adj. MM. Renard, Firbach, Bordessoule. Chefs de laboratoire.	MM. Sourdille, Labesse.
Accoucheur M. Chirié. *Ass.* : M.	Quivy, Bou[...] (*ext. pr.*)
Consultat. médecine *Ass.* : M. Bénard (Henri). *Sup.* : M.	Durel (*ext.* [...]
Consultat. chirurgie M. Boppe. *Sup.* : M.	
Consultat. dentaire. M. Beliard. *Adj.* : M. Vilenski. *Ass.* : M. Merville.	

Electro-radiologie : M. Lagar[...]
Adj. : M. Dioclès.
Hydrothérapie et thermothérap[ie] *Adj.* : M Lucy. — *Ass.* : M. D[...]
Pharmacien : M. Tiffeneau.

HOSPICE D'IVRY

Avenue de la République, à I[vry]

Médecin	
M. Gautier.	Brunel (e[...]
Chroniques Admissions	
M. Cain.	Fourestier, Bridgmann (*ext. en*[...]
Chirurgien M. Ocринczyc.	de Langre[...] Van der E[...]

Electro-radiologie : M. Pestel.
Stomatologiste : M. Réal. — [...]

HOPITAL LAENNE[C]

42, *rue de Sèvres*. — Tél. [...]

Médecins	
Prof. Léon Bernard. MM. Mayer, Marie, Triboulet, Laury. Chefs de clinique.	Sourice.
Serv. de la Crèche. Prof. Léon Bernard. M. Rist.	Douady.
Serv. des Femmes tuberculeuses (3 baraquements). M. Rist.	Veran (1e[...] Vanier (2[...]
Dispensaire Léon-Bourgeois. Prof. Léon Bernard. *Ass.* : MM. — M. Rist. *Ass.* : MM. Brissaud, Hirschberg, Corlaud, Ravina, Mlle Fontaine, M. Rolland. Chef de laboratoire.	—
— M. Claisse.	Bouessé[...]
— M. Jousset. *Ass.* : M. Paul Guerin.	— Arondel.
— M. L. Ramond.	— Rudaux.
— M. Baudouin. *Ass.* : M. Jacquet.	— Bonnard.
Chirurgiens M. Auvray. *Ass.* : M. Girode.	Aubert, J[...] Stérin.

s	EXTERNES
IEU (suite).	MM. Petrignaris, Bousseau, Dumont (Pierre), Brami, Mlles Bogoraze Efgenia, Merlier.
ly	Serdaris, Beaufils, Lebouchard, Cucherousset, Morin, Dulot,
n pr.).	Le Cœur, Lauriat (Ernest), Mlle Œmichen, Butner.
	Moyse (Pierre), Priel, Bamas.
	Lapine, Desseigne.

, chef de laboratoire.

: M. Dausset, chef de laboratoire.
y. Ext., M. Beauvais.

— Directeur : M. Bidault.
(Seine). — Tél. : Gobelins 01-75.

. pr.).	Catz, Clermont, Lamasson, Monceau.
	Vallancien, Opalan.
r.).	Alpern, Allouche, Derieux, Capinas, Martini (Philippe), Mlle Poidevin.
	Zeller, Ribert, Raison.

Ass. : M. Delapchier.
rmacien : M. Charonnat.

— Directeur : M. Cornevin.
Fleurus 53-21 et Fleurus 20-95.

	Sléosberg, Laquerrière, Hubert, Breley, Leveiller, Nastorg, Renet, Mlle Weisberg.
	Mlles Puisais, Hechter.
	Busmut, Dragomiresco, Bouteille, Deuquet, Gautreau, Corrèze, Mlle Jacowleff.
em.). em.)	Hecht (Manuel), Jancovici, Astor, Fauvet (Jean), Rouyer, Copreaux.
	Martini (George), Cailleux (Roland), Meurin. — Steinberg, Le Duc (Jean), Mlle Cauchy.
	Horstel (1e sem.), Mlle Salembiez (2e sem.), Ichard, Guny, Fabre (Albert). — Personnaz, Theurkauff, Lauret, Mme Mollaret. — Boisramé, Halbron, Debidour, Lazard, Netter, Faugeron, Mlle Danzig. — Monier, Fabre (Jean-Alph.), Lucas, Mlle Cottin.
e.	Giraudoux, Nègre, Tissier, Barcaf, Longuet (Yves), Prévost (Jean), Le Picard, Fonteneau, Mlle Chessebeuf.

HOPITAL LAENNEC (suite).

CHEFS DE SERVICE	INTERNES	EXTERNES
	MM.	MM.
Service d'oto-rhino-laryngologie M. H. Bourgeois. Ass. : MM. Fouquet, Ill.	Richier. Bourgeois.	Wilbert, Departout. Swartmann, Giorgi.
Serv. d'ophtalmolog. M. Cantonnet. Ass. : M. Chatellier. Adj. : M.	Gaudin (ext. en pr.).	Gratier, Burel, Mlle Levaillant.
Consultat. médecine M. Jacquet. Ass. : M. Triboulet.	Vaidie (ext. en pr.).	Aliker.
Consultat. chirurgie Ass. : M. Sup. : MM.		Bacquelin, Capandji.
Electro-radiologie M. Maingot, Chef de laboratoire. Ass. : MM. Portret, Hélie, Jouveau-Dubreuil.		Lachaud, Coumetou.

Stomatologiste : M. Darcissac. — **Pharmacien** : M. Couroux.

HOPITAL LARIBOISIÈRE. — Directeur : M. Tremblay.

2, *rue Ambroise-Paré*. — Tél. : Trudaine 32-08 et 02-16.

CHEFS DE SERVICE	INTERNES	EXTERNES
Médecins M. Rivet.	Vanier (Jean-Louis).	Vidart, Duperrat, Grépinet, Brocard, Maury, Alfonsi, Solomon, Mendel.
— M. Gandy.	— Le Baron.	— Ortolan, Bellière (Lucien), Avramesco, Talon, Brault, Salleron, Longuet (André).
— M. Garnier. Ass. : M. Nicaud.	— Maisler.	— Cohen-Solal, Bousquet (Jean), Klein, Bobard, David (Ernest), Mme Leneman.
Serv. des tubercul. M. Garnier.		Lichtenberg, Krivine.
M. Clerc. Ass. : M. Deschamps.	Mourrut.	Parrot, Pochon, Braillon, Meunier, Vincent (Jean-Léopold), Kagan, Mlle Métin.
— M. Herscher. Ass. : M. Vassier.	— Mlle Landowski.	Ellenberger, Fildermann, Brouet, Steffani, Savelli, Brizard, Ferval, Mlle Lautman.
Chirurgiens M. Marion. Ass. : M.	Gaulier, Jehiel,	Laude, Ferver, Fron, Cottin (Pierre), Adèle, Bail, Gastaud, Lévy-Klotz, Sergent.
— M. Cunéo. Ass. : M. Bloch.	— Mayer, Bernard (Etienne), Guibeneuc.	— Azoulay, Nico, Chazette, Camard, Catinat, Mme Gaston.
Serv. des chroniques M. Cunéo.		Gillet (Germain).
— M. Wiart. Ass. : M. Capette.	— Mirallié, Delmas, Grivaud.	— Lavergne (Georges), Picard (René), Boudou, Bret (Jules), Martin, Rabourdin, Mlle Lecour.
— M. Labey. Ass. : M. Bazy.	— Fayot, Avril, Milhiet.	— Abaza, Klotz (Pierre), Hertz, Rossignol, Blumenfeld. Mlles Lyon (Simone), Courrier.
Service d'oto-rhino-laryngologie Prof. Sebileau. Ass. : M. M. Rossa, Chef de clinique. M. Moatti, Chef de clin. adj. M. Chef de laboratoire.	Hamon, Guillon (Henri).	Dumery, Schwartzenberg, Bornet, Flaumenbaum, Grumberg, Bézier, Mlle Marion.
Serv. d'ophtalmolog. M. Poulard. Ass. : M. Hartmann.	Chennevière, Mme Delthil.	Dupuy-Dutemps, Delbès, de Rollat, Sexe, Varin.
Accoucheur M. Devraigne.	Priollet, Mlle L'Hoir (ext. en pr.).	Roger (Raymond), Masson (Georges), Olagnon, Saulliers, Phan Hu Chi, Chalhol.
Consultat. médecine Ass. : M. Jacob. Sup. : M. L. Girot.	Perrault (ext. pr.).	Schneyder, Thorain, Mlle Ruais, Mme Hyronimus.
Consultat. chirurgie M. Senèque.		Geminet, Auzeloux, Broutmann.
Electro-radiologie M. Haret, Chef de laboratoire.		Heinsdorff, Devesque.

HOPITAL LARIBOISIÈRE (suite).

CHEFS DE SERVICE	INTERNES	EXTERNES
	MM.	MM.
M. Moutard, Chef de laborat. adj. Ass. : MM. Frein, Picorda.		
Consultat. dentaire M. Rousseau-Decelle. Adj. : M. Raison. Ass. : M. Béal.		Simonnet (Max), Gutlières.

Pharmacien : M. Bridel.

MAISON DE RETRAITE DE LA ROCHEFOUCAULD.

Directeur : M. Legris.
15, *avenue d'Orléans*. — Tél. : Gobelins 25-53.

CHEFS DE SERVICE	INTERNES	EXTERNES
Médecin M. Chiray.	Berdet.	Mlle Hahn.
Serv. des tubercul. M. Chiray.	Chêne.	Kipper, Lecouillaud, Poirier, de Mestier du Bourg, Lafon, *supp. non retr.*

Poste de radioscopie : *Ass.* : M. Lhomond.
Stomatologiste : M. Lebedinsky. — **Pharmacien** : M. Cousin.

INSTITUTION SAINTE-PÉRINE, MAISON DE RETRAITE CHARDON-LAGACHE,

Directeur : M. Carré.
69, *rue du Point du Jour*. — Tél. : Auteuil 02-47.

CHEFS DE SERVICE	INTERNES	EXTERNES
Médecin M. P. Weil.	Reboul.	

MAISON MUNICIPALE DE SANTÉ. — Direct. : M. Sourdoire.

200, *faubourg Saint-Denis*. — Tél. : Nord 16-07.

CHEFS DE SERVICE	INTERNES	EXTERNES
Médecins M. Duvoir.	Perrault.	Seringe, Martinot, Delaître, Goyer.
— M. Fiessinger.	— Decourt.	— Bonhomme, Varay, Collard, Bernaud, La Mouche, Roy-Guy, de Cagny.
Chirurgien M. Sauvé.	Barrier, Lepart (ext. en pr.).	Bercovici, Demange, Tauzard (René), Stueurmann, Ménétrier, Mlles Tanzy, Jesensky.

Electro-radiologie : M. Charlier, chef de labor. — *Adj.* M. Ordioni.
Pharmacien : M. Mascré.

HOPITAL DE LA MATERNITÉ. — Directeur : M. Pide

123, *boulevard de Port-Royal*. — Tél. : Odéon 04-17 et 04-18.

CHEFS DE SERVICE	INTERNES	EXTERNES
Accoucheurs M. Rudaux. *Aide de clinique* : M. Laennec.	Peylavin, Tournant.	Mlles Maire, Petroff (Eug.), Paillé.

Electro-radiologie : M. Lévy dit Lebhar.
Stomatologiste : M. Lebedinsky. — **Pharmacien** : M. Picon.

MATERNITE NOUVELLE

CHEFS DE SERVICE	INTERNES	EXTERNES
M. Lameland.	David (Pierre).	Mlles Weiler, Falguière.

Electro-radiologie : M.   , chef de laboratoire.

HOSPICE DES MÉNAGES (ISSY). — Direct. : M. Wilders.

Tél. : Vaugirard 12-19.

CHEFS DE SERVICE	INTERNES	EXTERNES
Médecin M. Brodin.	Uhry, Lehmann. (ext. pr.)	Boudonnet, Bourdeau, Strée, *à titre supp. non rétr.*
Chirurgien M. Lardennois. Ass. : M. Madier.	Perrin, Dupuy (R.), Guillot (J.).	Weill (Jacques), Brochard, Moulle, Martel (Jean), Thieffry, Mallet, Mlle Riche.

Poste de radioscopie : M. Dioclès.
Pharmacien : M. Fabre.

GROUPE HOSPITALIER NECKER, ENFANTS-MALADES

Directeur : M. Tisnès. — 151, *rue de Sèvres*. — Tél. : Ségur 07-25.

CHEFS DE SERVICE	INTERNES	EXTERNES
Médecins M. Brouardel. Ass. : M. Renard.	Arnaud.	Pagès, Hinard, Boissonnet, Gesta, Borde.
— Prof. Maurice Villaret. Ass. : M. Bith.	— Bernal (Pierre).	— Zimmern, Bouteau, Varango, Jones. Camus (Jean). Ripard, *à titre supp. (non rétr.).*
— Lœderich.	— Mlle Odru.	— Maire (Georges), Debray (Ch.), Dhotiel, Arvay.
— M. Heuyer.	— Mme Roudinesco.	— Fallourd, Sabourin, Gorrichon, Mme Robert.
Chirurgiens Prof. Legueu. Ass. : M. Fey. M. Gaume. Chef de clinique.	Sacuto, Beaux.	Motz, Lacheny, Sabatier, Gerolami, Nitti, Ghelmann, Vendryes, Roux-Naud, Belletoille, Mlle Millaut.

TRAITEMENT PHYTOTHÉRAPIQUE
DES ÉTATS NÉVROPATHIQUES

Insomnies nerveuses, anxiété, angoisses, vertiges, troubles nerveux de la vie génitale, troubles fonctionnels du cœur, seront toujours soulagés par la

Passiflorine

médicament régulateur du sympathique et sédatif central uniquement composé d'extraits végétaux **atoxiques :**
Passiflora incarnata, Salix alba, Cratægus oxyacantha.

Littérature et Échantillons sur demande : **Laboratoires G. RÉAUBOURG,** Dr en pharmacie, 1, r. Raynouard, Paris-16e

Vers Intestinaux

Traitement spécifique

Inoffensif et Sûr

des Ascaris, Trichocéphale, Oxyures, Anguillule Ankylostome, par le

CHENANTHOL

Seule présentation officinale, parfaite et définitive, de l'Essence pure de Chenopode

(EMPLOYÉ DANS LES HOPITAUX DE PARIS ET PAR LE SERVICE DE SANTÉ DES COLONIES)

Chirurgiens, recherchez les Vers Intestinaux !
Vous serez surpris du nombre de cas où un vermifuge approprié fera disparaître des troubles aussi variés que rebelles.
(G. Léo : *Société des Chirugiens de Paris.*)

On donne : *Une capsule de* **Chénanthol** *par 3 années d'âge. Maximum 6 capsules par deux à la fois. Purge saline ensuite. Alimentation légère la veille.* **Diète absolue** pendant le traitement.

LITTÉRATURE :
Laboratoire L. HINGLAIS, Épernay (Marne)





DANS LES AFFECTIONS PULMONAIRES
LE

PNEUMOBIOL

en injections trachéales
DONNE D'INCOMPARABLES RÉSULTATS
Antispasmodique
il diminue la dyspnée et l'essoufflement.
Il " stérilise " les poumons et empêche la prolifération microbienne.
Non toxique, sans contre-indication.

Composition :
Ess. camphora mono-hr. 3 °/o.
Paraisopropylmétacrés. 1,50 °/ooo.
Mélaleucine 3 °/o.
Huile végétale neutre orth. éthylée à 4 °/o.
Oléum thymus serp. 2,50 °/ooo.
(Ampoules de 7 cc.)

Littérature et échantillons franco sur demande

PRODUITS PNEUMO
LABORATOIRES RAPIN, 48, Rue de Paris, **VICHY** (Allier)


Gardénal
PHÉNYL - ÉTHYL - MALONYLURÉE
ÉPILEPSIE
CONVULSIONS
ÉTATS ANXIEUX
INSOMNIES REBELLES
EN TUBES DE COMPRIMÉS
A 0gr,10, 0gr,05 ET 0gr,01
SOCIÉTÉ PARISIENNE D'EXPANSION CHIMIQUE
SPÉCIA
MARQUES POULENC FRÈRES ET USINES DU RHÔNE
86, RUE VIEILLE DU TEMPLE _ PARIS _ 3ème

GROUPE HOSPITALIER NECKER, ENFANTS-MALADES (*suite*).

CHEFS DE SERVICE	INTERNES	EXTERNES
M. Dossot. Chef de clin. adj. M. Verliac. Chefs de laborat.	MM.	MM.
M. Robineau.	Durbach, Chauveau (André), Davioud.	Desvignes, Israïlovici, Bécam, Pimpaneau, Wolinetz, Sarradin, Jarriaud.
M. Schwartz. *Ass.* : M. Fey.	Barthes, Lepage.	Lanthier, Mattern, Rossano, Roux (Maurice), Florence.
Consultat. médecine *Ass.* : M. Binet. *Sup.* : M. Prieur.	Olivier (Jean) (*ext. pr.*).	Olivier (Claude), Chevé.
Consultat chirurgie *Ass.* : M. Mondor. *Sup.* : M. Baian Garfield.		Bertheau (Maurice), Dupuidenu.
Consul. dentaire M. Gornouec. *Adj.* : M. Dufieux.		

Electro-radiologie : M. L. Guibert, chef de laboratoire. M. Petit, chef de labor. adj. — *Ass.* : M. Baude.
Pharmacien : M. Fabre.

HOPITAL DE LA PITIÉ. — Directeur : M. Bouchet.

83, *boulevard de l'Hôpital.* — Tél. : Gobelins 84-84.

CHEFS DE SERVICE	INTERNES	EXTERNES
Médecins Prof. Vaquez. MM. Godel, Lauvel, Lévy. Chefs de clinique. M. Chef de clinique adj. MM. Bordet, Géraudel Chefs de laboratoire.	Mlle Valentin. Pescaralo (*ext. pr.*).	Lambey, Benguigui, Cochard, Jeulain, Kraufer, Germon, Canale,
M. Aubertin	Voillemin.	Abrand, Molard, Tournafond, Bonnel, Bloch (Henri), Richard (Eugène), Mme Bakless,
M. Vincent. *Ass.* : M. Krebs.	Thiebaut.	Lebeau, Foret (Paul), Caratzali, Turbe, Dugas, Findjandjan. Losay, Mme Baclesses.
M. Lœper.	Degos.	Henrion, Marcombes, Léoni, Jacobesco, Mouchotte (Jean-Joseph), Marre, Lavergne, Hamburger
Prof. Marcel Labbé. MM. Escalier, Besançon (J.), Azerad. Chefs de Clinique.	Soulié.	Gautier (Jacques), Gringoire, Kramarz, Piram, Milovanovitch, Rymer. Mlle Luneau.
M. Laignel-Lavastine.	Guyot, Miget.	Wetterwald, Quebel, Vigneron, d'Henqueville, Cauhepé, Picquart (Albert), Coustenoble. Boisseau, Cornetet, Bramdenburg.
Chirurgiens M. Lenormant. *Ass.* : M. Wilmoth.	Dreyfus (Pierre), Gosset, Sicard.	Jalk, Rouvillois, de La Lande, Bauvais, Elbim, Guillaumat, Bogoraze, Demitri, Achard. Mlle Ternois.
M. Chevrier. *Ass.* : M. Desplas.	Méguin, Zagdoun, Hauert.	Benassy, Schmid (G.-A.), Bardery, Paulus, Champsaur, Tricault. Mlle Morel, Mme Meillard.
M. Fredet. *Ass.* : M. Oberlin.	Guibé, Bocquentin, Hébert.	Gasne, Maillard, Hallé, Cahuet, Chanel, Cornelie, Rabate, Nguyen van Nguyen.
Accoucheur Prof. Jeannin. MM. Sureau, Weill-Spire, Mlle Tisserand. Chefs de clinique. MM. Chefs de clinique adj. M. Minvielle. Chef de labor.	Mlle Corbillon.	Mahieu, Mieczyk.
Consultat. médecine *Ass.* : M. Boulin. *Sup.* : M.	Cacuira (*ext. pr.*).	Brunot (Henry), Costes (Guy), Mlle Chaillot.
Consultat. chirurgie *Ass.* : M. Küss. *Sup.* : M.		Couty, Milhaut. Mlle de Peretti (Maria).

HOPITAL DE LA PITIÉ (*suite*).

CHEFS DE SERVICE	INTERNES	EXTERNES
Consult. d'oto-rhino-laryngologie. *Ass.* : M. Halphen *Sup.* : Mlle Schulmann.	MM.	MM. Sobel, Angyal, Danis.
Cons. ophtalmologie *Ass.* : M. Cerise. *Sup.* : Mme Weissmann-Netter.		Loiseau, Mlle Kas.
Electro-radiologie M. Delherm, Chef de laboratoire. *Adj.* : MM. Thoyez-Rozat, Morel Kahn. *Ass.* : M. Beau.		Valençon.
Consultat. dentaire. M. Bozo. *Adj.* : M. Lattès. *Ass.* : M. Cabrol.		Tabar, Vrasse.

Pharmacien : M. Mascré.

HOPITAL SAINT-ANTOINE. — Directeur : M. Rocs.

184, *rue du Faubourg-Saint-Antoine.* — Tél. : Diderot 09-03 et 09-04.

CHEFS DE SERVICE	INTERNES	EXTERNES
Médecins Prof. Bezançon. MM. Destouches (J.), Celice, Wahl, Dubuy. Chefs de clinique. MM. Duchon, Weil (M.-P.), Guillaumin, Tribeut. Chefs de labor.	Fouquet, Mlle Pau.	Pineau, Groulier, Billard (Jean), Baratoux, Robert (Pierre).
Serv. des tubercul		Brehant, Germain (Raymond).
Centre de triage. *Ass.* : M. Braun.		Ampugnani.
M. Chabrol. *Ass.* : M. Maximin.	Waitz.	Mennecier, Parfur, Ferroir, Lion, Guy (André), Mlle Epstein, Mlle Caubet
M. Félix Ramond.	Rault, Malgras (*ext. pr.*).	Simonot, Marchand (André), Lamiaud (Henri), Gelbart, Mlles Petit (Paule), Dehay.
M. Bensaude.	Mezard.	Feldstein, Gibert (Théophile), Bastien, Raisonnier, Valensi, Mlle Delaage.
M. Faure-Beaulieu.	Mlle Abricossoff.	Martin (Jean-Jules), Lando, Galup, Thibouniery.
M. Comte.	Dany.	Detroff. Poisson, Wimphen, Barbier.
M. Pagniez. *Ass.* : M. Plichet.	Bompard.	Moreau (Jacques), Loutsch, Laplane, Courvoisier, Marcland.
Service d'oto rhino-laryngol. M. Grivot. *Ass.* : M. Leroux (Louis). Ass. de la consultat. : M. Felstein.	Georges (Maurice). Thomas.	Massier, Zaouche, Ballard, Mazeyrie, Bénech.
Chirurgiens Prof. Lejars *Ass.* : M. Brocq. M. Chabrut Chef de clinique. M. Giet. Chef de laboratoire.	Postel, Orlega, Fresnais.	Chazel, Maurage, Szwarc, Simonin (Louis), Neyraud, Boussard, Mlle Ledan.
M. Lapointe.	Boquel, Marx, Cauonne.	Goico, David (René), Copelovitch, Nuridsany, Braunberger, Flou, Mlle Rouard.
Accoucheur M. Lévy-Solal. *Ass.* : M.	Merger, Mlle Versini.	Boros, Vincent (Pierre), Reveillaud, Got, Mlle Brenot.
Consultat. médecine *Ass.* : M. Tzanck. *Sup.* : M.	Sidi (*ext. pr.*).	Casalis, Hermabessière, Gelbert, Feuillastre.
Service temporaire de médecine. M. Moreau.	De Pariente (*ext. pr.*).	Pyt, Martrou, Payet, Alevisalos, Arviset (*à titre supp. non rét.*).
Consultat. chirurgie *Ass.* : M. Braine. *Sup.* : M.		Ernoux, Dubarry, Mezard, Mlle Gagneur.
Cons. d'ophtalmolog. *Ass.* : M. Velter. *Sup.* : M.		Levy (Emmanuel), Metzquer.

HOPITAL SAI

CHEFS DE SERVICE	INTERN
Electro-radiologie M. Solomon, Chef de laboratoire. MM. Aimé, Gibert, Chefs de labor. adj. *Ass.* : MM. Proust, Dubrot.	MM.

Stomatologiste : M. Coustaing.

HOPITAL SAINT-LO

40 *et* 42, *rue Bichat.* —

CHEFS DE SERVICE	INTERN
Médecins Prof. Gougerot. *Ass.* : M. Burnier MM. Barthélemy, Carteaud, Filliol. Chefs de clinique. Mlle Eliascheff. MM. Desgrez (Ch.), Joyeux, Giraudeau, Chefs de laboratoire.	Weill (Jean Ragut.
M. Milian. *Ass.* : M. Périn.	Massot (He Horovitz.
M. Sézary. *Ass.* : MM. Schulmann, Lefèvre.	Rivoire, Ma
M. Ravaut. *Ass.* : M. Ferrand.	Hesse (Did Koang.
M. Lortat-Jacob. *Ass.* : M. Legrain.	Bucquoy, Mme Grand.
M. Louste. *Ass.* : M. Thibaut.	Racine, Mlle Ronge
Médecine générale M. Léri.	Arnaudet.
Chirurgiens M. Chifoliau.	Querneau, Jourdan, A
M. Cadenat.	Maës, Bill Kaufmann
M. Mathieu. *Ass.* : M. Huet.	Cohen-De Monod, L Funck.
M. Heitz-Boyer.	Weill (Ma Petit (Pie
Service d'oto-rhino-laryngol. M. Lemaitre. *As.* : M. Remy-Néris. *As. de cons.* : M. Maduro	Berard, Mme Baillon
Accoucheur M. Cathala.	Lejeune, Mlle Barn
Consultat. chirurgie *Ass.* : M. Moure. *Sup.* : M. Iselin.	
Annexe Grancher Médecin M. Babonneix. *Ass.* : M. Cayla.	Leiourdy, I
Chirurgien M. Mouchet. *Ass. d'orthopédie* : M. Roederer.	Darfeuille, Bufnoir, Saint-Pierr
Service des maladies blennorragiques M. Heitz-Boyer. *Ass.* : M. Tissot.	

	EXTERNES
-ANTOINE (*suite*).	
	MM. Jaudel.
Pharmacien : M. Hérissey.	
IS. — Directeur : M. Jampy.	
Tél. : Nord 22-04 et 01-93.	
	Leven, Herzfeld, Bernard (Jacques), Zha, Segall (Salomon), Dijon, Dreyfus (André), Reboul.
	—
il),	Davous, Parent (Jacques), Schand, Weschler, Daukan, Mme Davous, Mlles de Lœschnigg, Chuit, Mlle Gillard
	—
ou.	Pannet, Bouwens van der Boyen, Vildé, Grégoire, Hilaire, Boutteau (Pierre), Mlle Levy-Weissmann, Léage, M. Grangé
),	Bernière, Stewart, Maronne, Lachmann, Léon (Albert), Mmes Laporte, Vincent (Marg.).
	Morelle, Leduc (Jean), Darras, Giami, Chagnon, Nahon, Barré, Mlle Feydit, M. Karcher.
	—
	Souilhé, Coussieux, Robine, Josseran, Kaplan (Moïse), Mlle Finkelstein, Mmes de Pierredon, Gardère
	Logeat, Samama, Meyer-Heine, Klein (Eug.), Yaïch.
emar.	Danard, Le Foll, Habrekorn, Barrié (Claude), Thorel (François), Fournée, Baudouin, Lesobre.
	Chambon, Fontaine (Henri), Mourques, Oudin, Gordet (Gaston), Genevrier, Gérard (Pierre), Genty (Philippe), Avenard.
o, ille,	Masse, Boëlle, Lemmet, Boissonnat, Bourgin, Canet, Mlles Desallais, Ciosi.
	—
).	Petit (Pierre), Lazerme, Leroy (Jacques), Pellegrin.
	Bonnahon, Osenat, Lebourg, Chaillouet, Roger (Jacques), Moro (Jean).
	Labarre, Puistienne, Regard, Grosbois, Suchmann, Gluck.
	Fichet, Jauneau, Dumas.
rin.	Leroy (Louis), Challe, Piraud, Cavel, Daum, Giard, Oster, Mlle Desbois.
	Marçais, Mouchotte, Velez, Lejeune, Saïe, Horeau, Peretz.
	Bellière, Dufour, Mathei, Maître, Grégoire.

HOPITAL SAINT-LOUIS (*suite*).

CHEFS DE SERVICE	INTERNES	EXTERNES
Service d'ophtalmol. M. Dupuy-Dutemps. *Ass.* : M. Bégné.	MM. Vautrin (*ext. pr.*).	MM. Quentin, Blanc (René), Gaujard, Schatz.
Electro-radiologie M. Belot, Chef de labor. MM. Lepennetier, Serrand, Chef de labor. adj. *Ass.* MM. Nahan, Pellizza, Nadal, Buhler, Hickel, Kimpel.		Sapoznick, Sevin, Deramond.
Consult. dentaire. M. Chompret. *Adj.* : M. Croquefert. *Ass* : M. Sassier.		Maleplatte, Mlle Filderman.

Pharmacien : M. Leroux.

HOSPICE DE LA SALPÊTRIÈRE. — Directeur : M. Jordy.

47, *boulevard de l'Hôpital*. — Tél. : Gobelins 84-90 et 75-09.

CHEFS DE SERVICE	INTERNES	EXTERNES
Médecins Prof. Guillain. MM. Christophe, Jonesco, Mollaret, Schmite, Chefs de clinique.	Launay, De Séze. Thoyer.	Kreis, Bonnet (Georges), Vial, Bidoux, Brincourt, Mme Bourgeois, Mlles Mignon, Derombies.
MM. Ivan Bertrand, Lechelle, Thévenard Chefs de labor.	—	—
— M. Crouzon.	Desoille, Henrion. Mme Lagrange [Infir. du pers. et chalets].	Guichard, Hubermann, Martin (Noël), Jouffroy, Pechet, Laplagne, Leblanc, François, Gonso.
— M. Huber.	— Landrieux, *ext. en premier*.	— Cadars, Galimard, Greis, Lebel (Joseph), Mlle Roule.
— M. Nageotte.	— Joseph.	—
— M. Vurpas.	— Minet, *externe en premier*.	—
Service temporaire M. Léchelle.	Durieux, Chigot, *ext. en premier*.	Claudet, Aubrun, Sifflet, Perrot, Duflos, Charlot, Mlle Aghion.
— M. Alajouanine,	— Meillaud, *ext. en premier*.	— Maire (Roger), Gaultier (Michel), Gaube, Rodin, Binet, Zaepfel, Ullmann. Mme Maunoury, en surnombre
Service de nourris. malades M. Ribadeau-Dumas. *Ass.* : M. Mathieu.	Fleury (J.).	Le Flein, Vannereau, Lefebvre (Jacques), Mlles Seguin, Solente,
Chirurgien Prof. Gosset. *Ass.* : MM. Charrier, Petit-Dutailly. MM. Leibovici, Seillé, Barragué. Chefs de clinique MM. Magron, Rouché Chefs de laboratoire. Mlle Harmelin. Attaché médical.	Patel, Longuet, Bompart.	Gaignerot, Polak (Ch.), Esquirol, Coldefy, Bour, Israël, Borrey, Simon (Noël), Mlles Huguet, Gabrielle, Ledoux-Lebard, Clément Marot.
Centre de prothèse M. Guilly. *Ass.* : M. Thibault.		
Electro-radiologie M. Bourguignon, Chef de laboratoire. M. Thibonneau. Chef de labor. adj. *Ass.* : MM. Mathieu Humbert.		Eliopoulos.

Pharmacien : M. André.

CLINIQUE D'ACCOUCHEMENT TARNIER.

Directeur : M. Cougnon. — 89, *rue d'Assas*. — Tél. : Danton 49-78.

CHEFS DE SERVICE	INTERNES	EXTERNES
Accoucheur Prof. Brindeau. M. Vaudescal. Agrégé. MM. de Perreti, Baillis, Suzor, Sicard, Chefs de clinique. MM. Cartier, Hinglais Chefs de laboratoire.	Caen.	Giudicelli, Baylot, Laroche, Butaud (Paul), Mlle Bogoraze (Valentine).

Stomatologiste : M. Lebedinsky. — **Pharmacien** : M. Picon.

HOPITAL TENON. — Directeur : M. Brunot

4, *rue de la Chine*. — Tél. : Roquette 04-03 et 03-51.

CHEFS DE SERVICE	INTERNES	EXTERNES
Médecins M. Michel.	MM. Cord.	MM. Barrière (Yves), Guison, Guermann, Lurie.
— M. P.-E. Weil.	— Sée.	— Kerboul, Audoux, Béchet (Jean), Mlle Lipschutz.
— M. Brulé.	— Lenègre-Thourin.	— Paris (André), Herrenschmidt, Bensaude, David (Jean), Blumen, Mlle Thierry, M. Barbat, *en surn. non rétr.*
— M. Ameuille.	— Klotz.	— Darriqué, Bernard (Philippe), Aucler, Boucher, Elkaïm, Iglesias, Lemonnier.
— M. Milhit.	— Albot.	— Brawermann, Falk, Mme Kiriloff, Mlle Saint-Cène.
— M. Boidin.	— Rouques (Lucien). Roulin, *ext. en premier*.	— Tilitcheff, Gilbert, Relier, Williot, Roy (André-Louis), Mathet, Vaissieres, Maroger (Franck).
— M. Laroche.	— Mlle Gautheron.	— Gautier (Pierre), Beauchef, Camelot, Goudot, Palangier, Macrez
Serv. de chroniques. M. Lian.		Mathiot-Beaugendre.
Serv. des tubercul. M. Milhit.		Alaurent, Moreau (G.).
— M. Lian. *Ass.* : M. Blondel.	— Merklen.	— Marques, Gillon (J.), Fabre (Edouard), Dutray.
Chirurgiens M. Roux-Berger. *Ass.* : M. de Gaudart d'Allaines.	Bertrand. Hussenstein, Moyse (Pierre).	Bigey, Devet, de Botton, Nicaise, Salomon, Molinery.
— M. Gernez. *Ass.* : M. Moulonguet.	— Jarrousse, Limoges, Rousset (Jean), *ext. en premier*.	— Wolff, Magnin, Paillas, Hanaut, Delort, Mlle Ladet.
— M. Grégoire.	— Mouchet, Dufour, Baumann.	— Domart, Villaret, Rudaux, Scemama, Aschenassy, Greze, Corcos, Perthus.
Accoucheur M. Ecalle.	Mlle Le Diouron. Mme Bocquentin.	Bonan, Daunois, Chancerel, Mirebeau, Doreau.
Oto-rhino-laryngologie. M. Hautant. *Ass.* : M. Lanos. *Ass. de cons.* : M. Labarraque.	Elboz.	Marc Regis, Maillefer, Ripert, Lausian, Cuzin, Mme Perles.
Ophtalmologie. M. Magitot. *Ass.* : M. Lagrange.	Mlle Hallard.	Dubois (André), Gelas, Mlle Olivier (Marie).
Consultat. médecine M. Nicaud. *Ass.* : M. Mouzon.	Perachon *ext. en premier*.	Boussoulade, Le Guay, Bourderon.
Consultat. chirurgie *Ass.* : M. Maurer. *Sup.* : M. de Nabias.		Dumont (Maurice), Laboureix, Mme Luzuy.
Electro-radiologie M. Darbois, Chef de laboratoire. *Ass.* : MM. Descoust, Davoigneau.		Vigé.

Consultation du soir : M. Touraine. — *Ass.* : M. Fouet. M. X., chef de laboratoire.
Stomatologiste : M. Lacronique. — **Pharmacien** : M. Bach.

HOPITAL TROUSSEAU. — Directeur : M. Feffer.

158, *rue Michel-Bizot*. — Tél. : Diderot 22-47.

CHEFS DE SERVICE	INTERNES	EXTERNES
Médecins M. Lesné. *Ass.* : M. Clément.	Mlle Haimann.	Bonamy, Sterin, Soubrane, Bronstein, Malartic, Mlles Kuntz, Kritchewski.
— M. Papillon.	— Flandrin.	— Haguier (Paul), Janvier, Voizot, Tenine, Mlles Domela, Jeannacopoulo.
— Serv. de la Diphtérie M. Lesné.	— Lièvre.	—
Serv. des contagieux M. Papillon.	— Delaporte.	—



VIVOLÉOL
HUILE DE FOIE DE MORUE SÉLECTIONNÉE
GARANTIE ACTIVE ET RICHE EN VITAMINES
(Vitamine antirachitique et vitamine de croissance)
(Contrôle biologique rigoureux)
Le VIVOLÉOL est une huile NATURELLE, NON IRRADIÉE
car
Toute exposition aux rayons U. V. / Toute association médicamenteuse { fait perdre son activité à une huile de foie de morue précédemment active.
INDICATIONS { Rachitisme — Troubles de la croissance, de l'ossification, de la nutrition — Lymphatisme — Scrofule.
DOSES : Nourrissons : 20 gouttes ; Gds enfants : 1/2 à 2 c. à café ; Adultes : 1 c. à soupe
Litt. et Echant. : Lab. du VIVOLÉOL (Annexe des Lab. ZIZINE), 69, r. de Wattignies, PARIS, XIIe.
Téléph. : DIDEROT 28-96
VIVOLÉOL
HUILE DE FOIE DE MORUE SPÉCIALE
LABORATOIRES DU VIVOLÉOL

HOPITAL TROUSSEAU (*suite*).

Chirurgien M. André Richard.	MM. Asselin. Beauchesne. Naulleau.	MM. Pasquier, Kohen (Joseph), Goby, Jacquet (Maurice), Castany, Tissandié, Cadet de Gassicourt, Mouchotte (Robert), Mlle Dumans.
Consultat. médecine *Ass.* : M. Hutinel. *Sup.* : M. Langle.	Nicolas, *ext. en premier.*	Voisin, Julia, Vieuchauge, Mlle Beskin, Mme Colin.
Consult. d'oto-rhino-laryngologie. *Ass.* : M. Rouget. *Sup.* : M.	Ilaire.	Fardet, Delafarge, Julien (Gabriel), Julien (Jean), Laurent (Michel).
Cons. ophtalmologie *Ass.* : M. Piélat. *Sup.* : Mlle Ostwalt.		Simon (René).

Electro-radiologie : M. Mahar, chef de laboratoire.
Labor. de bactériol. : M. Benard, chef de secteur.
Stomatologiste : M. Lemerle. *Ass.* M. Ménard. — **Pharmac.** : M. Hazar.

HOPITAL DE VAUGIRARD. — Directeur: M. Leclerc.

Fondation franco-brésilienne.
Clinique de thérapeutique chirurgicale de la Faculté de Médecine.
389, *rue de Vaugirard.* — Tél. : Ségur 75-50.

Chirurgien Prof. P. Duval. *Ass.*: M. Gatellier. MM. Ameline, Ménégaux, Redon. Chefs de clinique. MM. Moutier, Porcher. Chefs de laboratoire.	Plessier, Leroy (Roger). Gandy.	Soulée, de Lavedan, Lafourcade, Adrianopoulos, Grossiord, Pellier, Gaume, Maynadier, Mlles Ferrieu, Jomier.

HOPITAL DE VAUGIRARD (*suite*).

M. Girault, Attaché médical	MM.	MM.

Electro-radiologie : M. H. Béclère, chef de laboratoire. — M. Porcher, chef de laboratoire adjoint. — *Ass.* : MM. Dupouy, Brunet.
Stomatologiste : M. Lhirondel. — **Pharmacien** : Surveillance de M. Tiffeneau.

INSTITUT DU CANCER DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

Avenue des Ecoles, à Villejuif.
Directeur : Professeur G. Roussy.
Chefs de service : Prof. Agr. Leroux (Anat. path.); Prof. Agr. Oberling (Méd. expér.); Prof. Agr Verne (Cult. des tissus); Prof. Agr. Sannié (Ch. et ch. phys.); Dr Grandclaude (Séro-bact.). — **Préparateurs** : MM. Vermes, Guérin; Mlles Romme, Abragan.

INFIRMERIE SPÉCIALE DES ALIÉNÉS PRÈS LA PRÉFECTURE DE POLICE

3, *quai de l'Horloge.* — Tél. : Gobelins 21-66.

Médecin chef M. de Clérambault.	Casalis. —	
Médecin-chef adj. M. Logre.	Rondepierre. —	
Médecin adjoint M. Heuyer	Borel	

ASILE CLINIQUE (SAINTE-ANNE). — Directeur : M. Reyrel.

1, *rue Cabanis.* — Tél. : Gobelins 04-77.

Clinique de la Faculté Prof. Claude. MM. Meignant, Morlass. Chefs de clinique. Cossa, Garand, Chefs de clinique adj. MM. Raffin, Dubard, Chefs de laboratoire.	Le Guillan.	

ASILE CLINIQUE (...)

Asile M. Capgras. (1re section femmes).	MM. —
M. Trénel. (2e section femmes).	—
M. Leroy. (1re section hommes).	—
M. Truelle. (2e section hommes).	
Serv. de l'admission M.	
Chirurgien des Asiles M. Mauclaire. *Ass.* : M. Bloch	

Stomatologiste : M. Pietkiewicz...

HOPITAL HE...

(Service de libre ...)
Directeur-méd...

Médecins MM. Dupouy, Teisseire.	MM.
Consult. médecine Mme Schiffoée Werthsimer, M. Maurice Vincent.	
MM. Laugier, Delaville. Chefs de laboratoire.	

SERVICES DÉ...

CHEFS DE SERVICE	INTERNES	EXTERNES

SANATORIUM D'ANGICOURT. — Directeur : M. Lecomte.

Médecin M. Buc. *Ass. prov.* : MM. Fourrez, Andrieux.	MM.	MM.

Assistant de pharmacie : M. Picat.

GALIGNANI ET BELŒUIL. — Directeur : M. Le Maistre.

89, *boulevard Bineau, à Neuilly-sur-Seine.*

Médecin M. *Ass.* : M.		

LA RECONNAISSANCE, FONDATION BRÉZIN.

Directeur comptable : M. Trichet.

Médecin M.		

HOSPICES SAINT-MICHEL ET LENOIR-JOUSSERAN.

Directeur : M. Rous. — 10, *avenue Victor-Hugo, à Saint-Mandé.*
Tél. : Diderot 11-71.

Médecin M. Lafosse.		

SANATORIUM SAN SALVADOUR.

Directeur-comptable : M. Dufour.

Médecin M. Fohanno.		

HOPITAL AMBROISE-PARÉ. — Directeur : M. Riethmuller.

82, *rue de Saint-Cloud, à Boulogne-sur-Seine.*

Médecins M. Monier-Vinard.	Bertrand (Jean).	Gailhard, Sauvain, Benardeau, Faure (Jean), Mme Berthoud.
M. Richet.	Couderc.	Kun, Borgida, Baudet, Manil, Dehouve.
M. Lemaire.	Mlle Levy (Françoise).	Sambron, Defossez, Mlles Grand, Girardeau,
Chirurgien M. Desmarest. *Ass.* : M. Metivet.	Lemoine (Jac.). Rouquès (Pierre).	Benoit (Hubert), Schwartz, Siguier, Tissot, Gisselbrecht, Mme Cahen, Mlle Marcelot.
Consultation de médecine générale *Ass.* : M. Jacquelin. *Sup.* : M. Debray.	Demaldent. (*ext. pr.*).	Valois, Camena d'Almeida.
Consultation de chirurgie générale *Ass.* : M. *Sup.* : M N...		Tantin, Bores, Ramadier.
Electro-radiologiste M. Détré. Chef de laboratoire. *Ass.* : M. Brennau.		

HOPITAL AMBROISE-PARÉ (*suite*).

Consultation d'ophtalmologie *Ass.* : M. Monbrun. *Ass.* : M. Jourdy.	MM.	MM. Delobel, Mlle Lavit.
Consultation d'oto-rhino-laryngologie *Ass.* : M. Ramadier.		Natier, Lestrenne.

Pharmacien : M. Régnier.

HOSPICE DÉPARTEMENTAL PAUL-BROUSSE ET CENTRE ANTICANCÉREUX DE LA BANLIEUE PARISIENNE

14, *Avenue des Ecoles, à Villejuif.*
Directeur de l'hospice : M. Bley. — Directeur du centre : Prof. Roussy.

Médecin-chef M. Roussy. *Ass.* : M. Huguenin.	Amante, Mme Leberson, Mlle Parturier, Perrot.	
Médecins MM. Lhermitte, Ménétrier.	Dupont, Mercier, Mme Pichon.	
Chirurgien M. Chastenet de Gery.		
Radiologie Mme Laborde, Ch. du lab. de curith. M. Y. L. Wickham, M. Aman (Jean), assistant de radiol. M. Nemours (Auguste). Ch. du lab. de rad.		
Médecin-adjoint Mlle Gabrielle Levy.		
Laboratoire M. Peyre. Chef de laboratoire.		
Oto-rhino-laryngol. *Ass.* : M. Chabert.		
Ophtalmologiste *Ass.* : M. Bollack.		
Gastro-entérologie M. Gutmann.		

Stomatologiste : M. Pélissier. — **Pharmacien** : M. Brunel.

ASILE DE VAUCLUSE, A ÉPINAY-SUR-ORGE

(SEINE-ET-OISE). — Tél. : 55 à Juvisy.
Directeur : M. Gustave Rivet.

Médecins M. Courbon. (Division femmes).	—	
M. Genil-Perrin, (Division hommes).	—	
Colonie de Vaucluse. M. Simon.		

Stomatologiste : M. Pélissier. — **Pharmacien** : M. Fleury.

CHEFS DE SERVICE	INTERN...

ASILE DE VILLE-ÉVRA...

(SEINE-ET-OISE). —
Directeur : M...

Médecins M. Rodiet (Division hommes).	MM.
M. Mignot (Division femmes).	—
M. Petit.	—

Stomatologiste : M. Leclercq.

MAISON SP... DE NEUILLY-SUR-...

Tél. : 6 à Neuilly-sur-Mar...

Médecin M. Petit.	

ASILE DE V...

Tél. : Gobelins 10-43.

Médecins M. Guiraud (1re Section hommes).	—
M. Ducosté (2e Section hommes).	—
M. Abely (3e Section hommes).	—
M. Rogues de Fursac (1re Section femmes).	—
M. Marchand (2e Section femmes).	

Stomatologiste : M. Charon.

ASILE DE M... A NEUILLY-SUR-...

Tél : 11 à ...
Directeur ...

Médecins Mlle Pascal. (1re Section).	—
M. Baudouin (2e Section).	—
M. Gauriou (3e Section).	—
M. Danoy (4e Section).	

Stomatologiste : M. Pioot.

INTE-ANNE) [*suite*].
MM.

Pharmacien : M. Levêque.

RI-ROUSSELLE
prophylaxie mentale).
n : M. Toulouse.
MM.

CLINIQUE NEURO-PSYCHIATRIQUE INFANTILE

Directeur : M. . — 379, *rue de Vaugirard*.

Médecin		
M. Heuyer. Mlle Vogt. Chefs de clinique.	MM.	MM.

LABORATOIRES DÉPARTEMENTAUX D'ÉLECTRORADIOLOGIE

153, *rue Lamarck et* 189, *rue Vercingétorix*.

Médecins		
M. Desmoulins, Chef de service. MM. Chemin, Legoff, Chefs de service adj. *Ad'.* : MM. Stoianoff, Ordioni.		

ÉCOLE D'APPLICATION DU SERVICE DE SANTÉ MILITAIRE, VAL-DE-GRACE.

277 *bis, rue Saint-Jacques, Paris* (V^e). — Tél. : Odéon 06-56.
Directeur : M. Rouvillois, médecin général.
Médecin-chef de l'hôpital militaire : M. Geysen, médecin colonel.

Chirurgiens
1re Division de blessés
M. le médecin commandant Lacaze, prof. agrégé.

2e Division de blessés
M. le médecin lieutenant-colonel Paitre, professeur.
M. le médecin capitaine Bonnet, prof. agrégé

3e Division de blessés
Ophtalmologie et Oto-rhino-laryngologie
M. le médecin lieutenant-colonel Worms, professeur.

ÉCOLE D'APPLICATION DU SERVICE DE SANTÉ MILITAIRE, VAL-DE-GRACE (*suite*)

Dermato-vénéreologie
M. le médecin commandant Jausion, prof. agrégé.

Médecins
1re Division de fiévreux
M. le médecin commandant Costedoat, prof. agrégé.

2e Division de fiévreux
M. le médecin commandant Pilod, professeur.

3e Division de fiévreux
M. le médecin commandant Codvelle, prof. agrégé.

Contagieux.
M. le médecin commandant Zœller, professeur.

Neuro-psychiatrie
M. le médecin commandant Fribourg-Blanc, professeur.
M. le medecin commandant Gauthier, prof. agrégé.

5e Division de blessés
Urologie
M. le médecin lieutenant-colonel Maisonnet, professeur.
M. le médecin capitaine Talbot, prof. agrégé.

Stomatologie
M. le médecin commandant Bercher.

Radiologie et Physiothérapie
M. le médecin commandant Chaumet, prof. agrégé.
M. le médecin capitaine Didiée, prof. agrégé.
M. le médecin lieutenant-colonel Pasteur.

Laboratoire de Bactériologie
M. le médecin commandant Zœller.

ARTEMENTAUX

S	EXTERNES

, A NEUILLY-SUR-MARNE
él. : 6 à Neuilly-sur-Marne.
Adrien Veber.
MM.

Pharmacien : M. Malmy.

ALE DE SANTÉ
RNE (SEINE-ET-OISE).
—Directeur : M. Adrien Veber.

LEJUIF (SEINE).
Directeur : M. Urbain Vitry.

harmacien : M. Fleury.

ISON-BLANCHE,
RNE (SEINE-ET-OISE).
uilly-sur-Marne.
Pierre Gouzy.

harmacien : M. Souèges.

CHEFS DE SERVICE	INTERNES	EXTERNES

ASILE DE MOISSELLES, A MOISSELLES (Seine-et-Oise).

Tél. : 8 à Moisselles.

Directeur-médecin		
M. Souges.	MM.	MM.

Stomatologiste : M. Hellion.

COLONIE FAMILIALE DE DUN-SUR-AURON (CHER).

Directeur-médecin : M. Pasturel.

Médecin-assistant		
M. Chanes. *Ass.* : MM.		

COLONIE FAMILIALE D'AINAY-LE-CHATEAU (ALLIER)

Directeur-médecin, M. Ameline.

Médecin-assistant		
M. Nicolaewsky.		

ASILE AGRICOLE DE CHEZAL-BENOIT (CHER)

Directeur-médecin : M. Briau. — Médecin-assistant, M. Ordowski.

MAISON DÉPARTEMENTALE DE NANTERRE

Avenue de la République, à Nanterre. — Tél. : 0-36 à Nanterre.
Directeur : M. Beaufort.

Médecins		
M. François-Dainville.		
M. Français (Henri).		
M. Michaux.		
M. Lasnier. *Supp.* : M. Bith.		
Chirurgiens MM. Français (Raym.), Sénéchal.		
Maladies cutanées et syphilitiques. M. Fouquet.		
Ophtalmologie M. Descola.		
Maladies des voies urinaires. M. Pelletier.		
Radiographie M. Bosquain.		
Pharmacien M. Laigre. **Aides-pharmaciens** MM. Gausson, Roussel.		

Stomatologiste : M. X...

CHEFS DE SERVICE	INTERNES	EXTERNES

MAISON DE RETRAITE DE VILLERS-COTTERETS (CHATEAU DE VILLERS-COTTERETS).

Directeur : M. Emfoux.

Médecins		
M. Moufliek. *Supp.* : M. Assemat.	MM.	MM.

Pharmacien : M. Laille. — M. Le Nud, aide-pharmacien.

MAISON DE RETRAITE FAVIER, A BRY-SUR-MARNE

Directeur-régisseur : M. Parenthou.

Médecin		
M. Aubert.		

MAISON DE RETRAITE F.-V. RASPAIL, A CACHAN

Directrice : Mme Roques.

Médecin		
M. Bouvy.		

INSTITUT DÉPARTEMENTAL DES AVEUGLES

7, *rue Mongenot, à St-Mandé.* — Tél. : Diderot 11-91. — Directeur : M. GILLES

Médecin		
M. Raynaud. *Adj.* : M. Maufrais.		
Ophtalmologiste M. Morax. *Ass.* : M. E. Hartmann.		

Stomatologiste : M. Lempert. — **Oto-rhino-laryngol.** : M. Saint-Hilaire.

INSTITUT DÉPARTEMENTAL DES SOURDS-MUETS

26, *r. de Nanterre, à Asnières* (Seine). — Tél. : Wagram 87-33. — Directeur : M. Joudan.

Médecin		
M. Rivalier.		
Psychiatrie M. Roubinovitch.		
Ophtalmologiste M. Lenoble.		
Oto-rhino-laryngol. M. Saint-Hilaire.		

Stomatologiste : M. Heinique.

ASILE NATIONAL DES CONVALESCENTS

(Ex-Asile de Vincennes).
14, *rue du Val-d'Osne, à Saint-Maurice* (*Seine*). — Tél. : Diderot 17-85.
Directeur : M. Gourdin.

Médecins		
MM. Berthoumeau, Levy (Edmond).		
Radiologiste M. Thevenin.		

Stomatologiste : M. Nidergang. — **Pharmacien** : M. Dumesnil.